

第9回新型コロナウイルス感染症対策調査特別委員会会議記録

新型コロナウイルス感染症対策調査特別委員会委員長 高橋 はじめ

1 日時

令和5年4月20日（木曜日）

午後1時2分開会、午後2時29分散会

2 場所

特別委員会室

3 出席委員

高橋はじめ委員長、城内よしひこ副委員長、伊藤勢至委員、佐々木順一委員、関根敏伸委員、小西和子委員、郷右近浩委員、軽石義則委員、名須川晋委員、岩渕誠委員、佐藤ケイ子委員、柳村一委員、菅野ひろのり委員、上原康樹委員、岩城元委員、千葉秀幸委員、千葉伝委員、工藤勝子委員、岩崎友一委員、佐々木茂光委員、神崎浩之委員、川村伸浩委員、白澤勉委員、佐々木宣和委員、山下正勝委員、高橋穂至委員、米内紘正委員、高橋こうすけ委員、工藤大輔委員、中平均委員、小野共委員、高橋但馬委員、吉田敬子委員、佐々木朋和委員、千葉盛委員、飯澤匡委員、工藤勝博委員、佐々木努委員、ハクセル美穂子委員、斉藤信委員、高田一郎委員、千田美津子委員、木村幸弘委員、小林正信委員

4 欠席委員

なし

5 事務局職員

安藤事務局次長、昆野議事調査課総括課長、金森政策調査課長、藤平議事管理担当課長、角館主任主査、正部家主任主査、佐藤主任主査

6 説明のために出席した者

盛岡市立病院 院長 加藤 章信 氏

7 一般傍聴者

4人

8 会議に付した事件

(1) 調査

新型コロナウイルス感染症対応の振り返りと今後～5類へ移行した後の医療対応について～

(2) その他

9 議事の内容

○高橋はじめ委員長 ただいまから新型コロナウイルス感染症対策調査特別委員会を開会いたします。

これより本日の会議を開きます。

本日は、お手元に配付いたしております日程により会議を行います。

初めに、日程1、新型コロナウイルス感染症対応の振り返りと今後、5類へ移行した後の医療対応について調査を行います。

本日は、講師として盛岡市立病院院長の加藤章信様をお招きしておりますので、御紹介いたします。

加藤様の御略歴につきましては、お手元に配付いたしております資料のとおりですが、加藤様は昭和58年3月に岩手医科大学大学院医学研究科を修了された後、同大学の助教授を経て、平成19年4月から盛岡市立病院の院長に就任されています。また、令和2年2月からは、岩手県新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会委員長に就任され、本県の新型コロナウイルス感染症に対応した医療体制の構築に御尽力いただいているところであります。

加藤様には、御多忙のところお引き受けいただきまして、改めて感謝を申し上げます。

これからお話をいただくことといたしますが、後ほど質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、加藤様、よろしく願いいたします。

○加藤章信参考人 御紹介いただきました盛岡市立病院の加藤章信でございます。ただいまは、高橋はじめ委員長には大変過分な御紹介をいただきましてありがとうございます。また、本日は参考人として、岩手県議会の新型コロナウイルス感染症対策調査特別委員会にてお話をさせていただきますことを改めて御礼申し上げますし、また日ごろより岩手県議会議員の先生方には大変御指導、御支援、お世話になっておりますことを改めて御礼申し上げます。ありがとうございます。

それでは、本日は少しお時間を頂戴いたしまして、このタイトルでお話をさせていただければと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

COIということで、発表に際しまして企業などの関連あるものはございません。

今御紹介いただいたとおりでありまして、私は平成19年、2007年から盛岡市立病院にて勤務しております。自治体病院は、あってもいい病院というのはありますけれども、当院はあってもいい病院ではなくて、なくてはならない病院になろうということで頑張っていきたいと考えております。やはり患者さんの心に届く医療、介護を提供するということから、そういったことを接遇と申しておりますけれども、東北一の接遇ができるような病院になろうということでやらせていただいております。どうぞよろしく願いいたします。

きょうは、こちらに、お手元の資料と同じでございますけれども、新型コロナウイルス感染症対応の振り返りということと、5月8日からですけれども、5類へ移行した後の医

療体制についてお話し申し上げたいと思いますし、新型コロナウイルス感染症だけではなくて今後のポストコロナ時代に求められる地域医療とはどういうものなのかといったようなことについてもお話しできればと考えております。

下のほうに少し書いておりますけれども、先生方にきょうお配りした資料は、約1週間前にとのことでしたので、4月14日の日にお届けしたのですが、実はその後に4月17日にも県の会議がございまして、一部スライドを追加したり、それからお手元の資料から、時間の関係もありますので一部割愛させていただいたところもございまして。本日使いますデータにつきましては、事務局のほうにお届けしておりますので、もし必要だという場合には事務局の方に言っていただければ、きょうの資料に差しかえしていただけるかと思っておりますので、よろしく願いいたします。

初めに、対応の振り返りということでありまして。新型コロナウイルス感染症ということ、これは藤田医科大学の先生が、コロナウイルスってなんだろうという、小学生向けのスライドを使ったものから引用しておりますが、こういった新興感染症と言われているものは、WHO、世界保健機関の定義で今までなかったものなのだけれども、局地的というのはある国だけとか、あるいは全世界的に問題になるような感染症だということ。この場合の問題点は、今までそのウイルスに感染していませんので、免疫を持っていないということがありますし、どういう病気でどのような経過を取るのか、どういう薬がいいのかということが全くわからないというような状況のものを新興感染症と申しております。

これには、今回の新型コロナウイルスのように、今までなかった、新しく生まれたようなもの、それから一方でエイズウイルスのように地球にはあったのだけれども、人類がそこに遭遇していなかったものと、二つあると言われておりまして、主にはアフリカなどいろいろなところ、人間が入っていくようになって初めて感染するといったような場合、二つあるということになっております。

こういった今まで経験のない感染症の対応というものは、ゲーム理論というものがございまして。1940年の半ばにゲーム理論が提唱されたわけですがけれども、相手がいるときにどのような戦略でいくかというようなことで、テレビゲームの絵をつけましたけれども、決してテレビゲームではなくて、経済学や政治学や法学や生物学や工学といったさまざまな分野でこういったゲーム理論というものが用いられております。

今回の新型コロナウイルス感染症に対しては、当初マキシミン戦略というものが取られたというふうに使われております。これは、よくわからないので、最悪の場合の利益が最大になるもの、つまり勝つためではなく負けを少なくするような作戦でいったのだということになっております。

先ほど御紹介いただきました新型コロナウイルス感染症医療体制検討委員会というものが県のほうで立ち上げられまして、きょう事務局の御担当の皆さんがおいでで、私も大変お世話になっているわけでありまして。いろいろ書いてありますけれども、今年の3月まで岩手県の場合にはもともと医療資源があまり潤沢とは言えませんので、まずは、重症で、

いわゆる ECMO とかを回さなくてはならないような人たちは岩手医科大学附属病院や県立中央病院にお願いしましょう、それ以外の軽症から中等度については、盛岡市立病院や盛岡医療圏であれば盛岡赤十字病院などでやろうという作戦です。あとは、産婦人科や小児科や精神科や透析といったところは、少し一般の医療とはまた違うものですから、それはそれぞれのチームでやって、こういう形でいきましょうということで進んでまいりました。

オミクロン株が出てからは、最初は全部入院だということでやっていたわけですがけれども、途中からは在宅もいいということになりましたので、少し状況は変わりました。特にオミクロン株になってからは、先生方御存じのとおりで家族内感染、お子さんからかかってしまうということで、いろいろなところでクラスターが起こったことがあります。

当院の場合は、もともと 8 床の感染症病床がありましたので、2020 年 5 月まで、そちらを使って体制を整えておりましたが、どんどん患者さんがふえるということもありましたので、そういったことを念頭に置いて、2020 年 8 月からは 4 階の病床、ワンフロア全部感染症病床にしています。後で少しスライドが出てきますけれども、大抵どこの病院でも病棟は 60 床になっております。ですけれども、60 床全部患者さんを入れてしまうと、看護師さんたちがどこで安全に着がえたりするのかということがありますので、そういうのをゾーニングと言っておりますが、そういうことを含めると、大体 30 床ぐらいということでやっておりました。

病院の正面から入りますと、この裏のところにこういったレンタルのプレハブを借りまして、ここに冷暖房や机や椅子を設置し、仮設の発熱者の待機所として使っております。そのほかに当院でも、どこの病院、医療機関でもごらんになれるようなものを準備してまいりました。

この个人防护服につきましては、当初宇宙服のようなものがよくテレビに出てきたと思うのですが、あれはかえって危ないのです。いつ感染するかというと、脱ぐときが一番危ないのです。国境なき医師団という方たちがアフリカでエボラの感染に対応したときに、やっぱりこんなような格好でした。それで何が起こったかというと、フランスの先生がエボラで 1 人亡くなったのです。それは、脱ぐときに思わず目を少しかいたら、そこから感染したということです。私どもでは、着るときはいいのですけれども、脱ぐときは脇に必ずスタッフを置いて、感染防御をしていくという必要がありました。はい、次はこのひもを脱いでとか、次はここを取ってとかと言って、N95 というのはすごく暑いのです。あれで 15 分ぐらいやっていると、くらくらになるぐらいなのですけれども、頭がぼうっとしてきて服を脱ぐときは危ないのです。

少しわかりにくくて恐縮ですがけれども、ここは 60 床あるのですけれども、ここの赤いところで患者さんを診て、青いところは看護師たちが動くところで、この廊下に陰圧の装置、ミンティというものをつけて、ここの中が全部陰圧になるようにして患者さんたちを診ておりました。

そのほかに、しょっちゅう行ったり来たりするのは難しいですし、中にはそんなに重症ではないけれども、感染しているので、入院させられたりしたような人がいますので、タブレット端末とかを使ってリアルタイムで患者さんと会話ができるような仕掛けにしております。

そのほかに、盛岡市ですけれども、英語をしゃべらない外国の方が結構おられました。モンゴルの方とか、ベトナムの方とか、パキスタンの方、カレー屋さんとかはパキスタンの人とか多いのですけれども、そういった方たちにはこういうポケトークというものを使ったり、あとは厚生労働省の遠隔の通訳サービスといったようなものも使用しております。

医療、病院として一番問題だというのは、こちらの絵でありまして、やはり新型コロナウイルス感染症に伴いまして、病院のさまざまな機能が思うようでなくなったということでありまして、内視鏡の検査といったようなものも制限がかかる、外来を制限する、手術を制限する、病棟の一般の患者さんも入院できないと、その分を全部、病棟の新型コロナウイルス感染症患者に対応させるということがございます。

そうしますと、何が起こったかといいますと、これは2020年のデータで、お手元の資料も少しごらんになっていただくといろいろな検査の項目が書いてあるのですが、青いほうがコロナ禍前で、ピンクのほうはコロナ禍になってからということで、大体10%から20%ぐらい、こういった手術とか内視鏡の件数が減ってしまったということがございます。

これは、2020年に国立がん研究センターのほうでこういうことを言っておられるのですが、やはり不要不急という言葉が非常に独り歩きしまして、健診とかは少しためらう状況が起きましたので、随分受診者が減ったということです。当院でも盛岡市の特定健診を担当させていただいておりますが、大体受診者が7割から8割ぐらいになったという状況はございます。この国立がん研究センターのデータを見ますと、毎年100万人のがんの患者さんが診断されて37万人が亡くなっている。日に計算すると、2,500人ががんと診断されて1,000人以上ががんで亡くなっているということがありますので、やはり早く見つけてさしあげるということをできないでいると、後でツケが回ってくる可能性が非常にあるということでもあります。

これがそのデータでありまして、これは公益財団法人日本対がん協会が日本がん学会とがん治療学会と共同でデータを出したのですが、何が書いてあるかと申しますと、コロナ禍の前に比べていろいろながん、胃がん、大腸がん、肺がん等ございますが、全て大体診断する数が10%ぐらい減ったということでもあります。つまり10%ぐらいの患者さんが診断できないでいるということで、その方たちは診断されないで今いるということになっております。

その結果、何が起きたかを言います。これは横浜市立大学の中島淳先生たちがアメリカの学会に出したものです。左の黒いグラフは胃がんのどういう状態のがんが見つかったかを表しています。コロナ禍になりますと、ここはステージIと書いてあるのですが、ステージIというのは非常にまだ浅いがんで、手術すれば、あるいは内視鏡で取れば完璧に治

るようなものですが、この診断がすごく少なくなりました。例えば大腸がんとすと、このステージⅢと書いてありますが、かなり進行してしまった大腸がんが見つかるようになっていきます。国立がん研究センターで非常に心配していたようなことが現実的に起こっておりますので、ポストコロナ時代になった場合に、やはりこういう検診といったものも積極的にこれから取り返してやっていかなければいけないというデータになろうかと思いません。

それから、もう一つ、今、先生方の御支援のおかげもありまして、感染者がずっと減っているような状態になっているのですが、このままなくなつてよかった、よかったといくのかどうかということでもあります。すごくはやっているときは、パンデミックとって、感染蔓延期であります。これが季節性のインフルエンザみたいに冬の間はありますけれども、夏になってくるともうなくなつてしまうといったような、ある程度の数で落ち着くようになったものをエンデミックとっているのですが、感染収束期です。

この間には、パンデミックが急にエンデミックになるわけではなくて、中間期とって、少しずつ慣らされていくわけです。8割おじさんといつてテレビで有名になりました京都大学の西浦先生たちは、計算式を使ってどれくらいこれが続くのかというようなことを計算なさつていらつしやるのですが、これは去年の8月に出した国のアドバイザリーボードの推定でありますけれども、その中間期が大体5年ぐらにかかりますと言っているのです。そうすると、5年間でかなりの、特に高齢者が亡くなるということが起こりますよと。私たち医療関係者は、いや、せいぜいことしの冬ぐらいではないのかと思つて期待しているわけではありますが、そういった感染疫学を算数でやっている人たちからすると、そんなものではなく、まだまだ手を抜いてはだめなのだからということを警鐘されていらつしやると思つます。

今どれくらい亡くなつていくかということですが、致死率が、感染者数が、死亡率がどうかというのは、国立病院機構の近畿中央病院の先生が書いているのですが、その先生がずっとインフルエンザシーズンみたいなものだと言つておられます。実効再生産数というのは、1人の人が何人患者さんうつしますかということなのですが、これを見ますと、インフルエンザですと大体1人から2人ぐらいますが、オミクロン株だと3人から5人ぐらいうつしてしまうということをおられます。

今一番問題になっておりますのは、先生方のようなお元気な方たちは新型コロナウイルス感染症にかかられても全く大丈夫ですが、超高齢者、90歳以上のような方たちが感染されますと、もともと持つておられた、例えば誤嚥性肺炎ですとか、そういったことのほうが悪くなつてしまつて、それで亡くなられるということです。インフルエンザでも同じようなことが起こつておまして、インフルエンザにかつたために、もともとあつた病気が少し具合が悪くなつて亡くなつてしまうようなものを超過死亡という言葉を使つておりますが、この新型コロナウイルス感染症も同じようなことが起こるのではないかとつわれております。

今インフルエンザですと、大体年間1,000万人ぐらい感染して、年によって違いますけれども、多くても2,000人ぐらいの方がこうやって亡くなると。新型コロナウイルス感染症の場合には、今ここにありますように3,000万人ぐらいかかっているのですけれども、その中で7万人ぐらいということで、かなりの数がやはり亡くなっているということがありますので、5月8日以降も感染対策、対応を怠ってはいけないのだということが言えるのかと存じます。

さて、5類に移行した場合の医療体制について御説明申し上げたいと思います。これは非常に小さいスライドですので、お手元の資料を御参考いただきたいと思いますが、まず何で5類にするのだというところの説明であります。これが国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある状態とは考えられないからということです。それで、新型インフルエンザの感染症に該当しないということを国が初めてここで言ったということでございます。ことしの1月のものでございます。

その後、これが3月10日のものがございますが、新型インフルエンザに類似する、いわゆる2類の感染症から5類に移行しますということです。それが5月8日を目途にしておりますということで、5月8日から変わると考えられるわけですが、その間に、例えばイギリスですと今波がどんどん小さくなっているのです。これはもうよくなっていく可能性がある。日本の場合は、まだどんどん波が大きくなっていますので、もちろん亡くなる方はずっと少ないのですけれども、まだまだ社会全体として感染者の数がある程度ふえる可能性があり、イギリスとかはすごい数が感染しましたので、今減っている。まだ、これはどうなるかというところありますので、国としてもことしの夏とか、今回のゴールデンウィークの後とか、人の移動があるときにさまざまなことが起こるかもしれないということを考えながら、そのたびに対応していこうというものです。

そして、大体9月の末、そこまでがいわゆる助走期間で、岩手県もそうなのですが、その間はそれぞれの地域で、医療機関全てが協力するような体制を上手につくっていくということを今進めているわけでありまして。

そして、令和6年4月には、新しい診療報酬、介護と診療報酬の改定がありますので、そこからまた新しい診療体系が起こるだろうといった全体のスキーム、流れが示されたということでもあります。

1月の時点でどういうことを変えていくかということです。これは既に先生方も御承知のことですけれども、患者さんへの対応で、一部は公費とするけれども、お薬とか入院とかはお金かかるようになりますよとか、医療体制も幅広い医療機関で行いましょうとかいうことです。それからサーベイランスについては今、定点観測といって、全部数でやっていたのを、インフルエンザのときにまさにそうやっているのですけれども、岩手県の中でもお願いする医療機関に1日何人来ましたかと聞くやり方になるとかいうことです。あとワクチンは当面まだ自己負担なくやるといったようなことが、大きな方向性が示されたわけでありまして。

岩手県の医療体制の基本的な考え方としましては、先ほどから申し上げておりますように、5類感染症に移行しても感染対応、対策は怠らないということでもあります。

2009年、平成21年に、H1N1A1とあって、メキシコとかアメリカから起こった新型インフルエンザが岩手県にも来ました。あのときは、最初医師会等の会合のときに、盛岡市立病院で全部診たらいいいのではないのと言われたのです。それで、盛岡市立病院の患者さんを全員退院させて、そこに全部新型インフルエンザ患者を入れたらいいいのではないですかと言われて、僕もちょっと青くなったのですけれども、いやいや、そうではないよと、やっぱりみんなで診ましようというようなことになって落ち着いたのですが、それ以来、やはり医師会や診療所、一般病院が協力するというところでやってまいりました。

今後ともそういったできるだけ多くの医療機関で診ていただくという全員野球的な体制をしていく必要があるということで、2月ごろからさまざま準備をして、保健所とかで各医療機関、今まで新型コロナウイルス感染症患者をごらんになっていない御施設に行き、今後は診てもらえますよねといったようなことを進めてまいりましたし、そういう御施設には当院に来ていただいたりして、どうやって患者と看護師を安全に守るかといったようなことの相談会もしております。

それから、先ほどちょっと申し上げましたが、4月10日、実はまだ来週の24日にもやるということで、保健所によりますとぎりぎりまで調整しているといえますか、泥縄といえますか、国からデータや指示が断続的に来るものですから、パッケージでどんと来るわけではありませんので、それに合わせて御当地システムをつくるという大変なことで、県の皆さん方も頑張っておられます。そして、14日にも医療体制検討委員会が行われているような状況であります。

患者さんが来たら、まず診ましようというような、医療機関応召義務というのがあります。それは医師法で決まっていますが、国は、感染して発熱のある人を、発熱があるから診ませんといったような医療機関に対しては、それを適用するかもしれないという話をしています。応召義務違反だから、あなただめではないですかというようなやり方は、決して好ましくないということで進んでいきたいと考えております。

これが17日の日に示されました、先生方のお手元の資料とはちょっと違うところもありますし、御担当の方には申し訳ないのですが、若干フライングぎみでデータをお示しするところもありますので、少しお許しいただきたいと思っております。お手元の資料とほとんど同じですから、ざっくりとしたことを御説明します、外来についてはいろいろなところで診てもらいましょう、そして、かかりつけ医以外のところでも診て全体で診ましよう、それに対して若干の補償もありますということがさまざま書いております。

入院につきましても全く同じでありまして、今まで新型コロナウイルス感染症患者を受け入れておられなかった御施設も含めて、今度は幅広く受け入れていただくということになります。そして、私どもの病院のように確保病床ということでやっておりましたけれども、それに加え、今まで新型コロナウイルス感染症患者とお付き合いされなかった病院

も基本病床ということで、それぞれ1床とか2床とか、できる範囲でお受けいただきます。それに加えて、私どものような病院も当然応援しますし、それから医療機関同士で入院調整をしてくださいということになっております。

今までは、今は入院等搬送調整班というものが県のほうでありまして、岩手医科大学の救急講座の教授であります眞瀬先生が365日ずっと調整されておられました。私も毎朝3年間近く眞瀬先生と、お正月とか関係なしにずっとやってまいりましたので、それが今度は医療機関同士で基本はやるのということになっていくと思います。

そして、どこに部屋があるのだとか、そういったようなことについてはG-MIS（ギャザリング・メディカル・インフォメーション・システム）というのがあるのです。これは国が開発したもので、これにそれぞれの医療機関がデータを入れると、どこの病院にどれくらい空床がありますとかということがわかるので、国からはそれを使って入院調整をしてくださいと言われております。

しかし、現実的にはこういったG-MISというものを使って、部屋があっても入院できるかどうかはまた別問題ですので、これはとてもオフィシャルな考え方でありませうけれども、これだけではうまくいかないのではないかと思います。例えば部屋はあるのだけれども、今看護師さんがいなくてとか、あるいは重症の患者さんが入ってしまうので、部屋はあるけれども無理だとかという話になれば、それはやっぱりうまくいかないということになるわけでありませう。

まずは、オミクロン株の流行の最大のときに、岩手県で391人の入院患者さんを受けられるようにしていました。それを前提に先ほど申しました一般の病院114床、それから確保病床378床で、合わせて492床、これは少し動くと思うのですけれども、これくらいの数はまず用意しますということは今県のほうで盛んに準備していただいて、計画を立てているところであります。

それから、もう一つ大事なことは、県民の皆さんにきちんと周知するということだと思います。今後は自宅待機といったような、例えばインフルエンザにかかっても、別に自宅待機しろとか何もないです。それと同じことが起こりますので、これからは少し違うのだといったようなことを上手に皆様方にお知らせすることや、それから医療体制はきちっと整備していますといったようなことを新聞や広報やラジオなど、さまざまな情報源を使って県民の皆様方に上手に提供していただくということになっておりますし、先生方にもどうぞ御支援いただきたいと考えております。

それから、ではどれくらいの病棟をどういうところでどのように確保しているのだということですが、入院期間、それから先ほど申しました透析とか産婦人科、小児科、精神科は別途ですが、それぞれ重症度に合わせて、どこがどれくらいで診るのだというようなことを明確にして、これをお示しするということになっております。

例えば盛岡医療圏ですと、県立中央病院、岩手医科大学附属病院、盛岡赤十字病院、それから盛岡つなぎ温泉病院などがありますけれども、これらに加えて、おおよそ盛岡市に

あります病院群の皆様方にも協力していただくということになっております。やはり今まで病院の大体7割ぐらいはクラスターを経験しており、みんな新型コロナウイルス感染症の患者をごらんになっているのですが、クラスターは、民間の病院の経営をすごく圧迫します。もしまた新型コロナウイルス感染症の患者さんが入ったときに、院内でクラスターが起こったら、大変なことになると思って、受け入れは大丈夫というよりは、また来たら嫌だと思ふのも、それはうなずけることがあります。そういった方にちゃんと対応できるように、私どもの病院などから助っ人を出すなど、さまざまなことを工夫していくことが必要だと考えられます。

ここにそのまとめを書いておりますが、保健所の御指導で多くの医療機関で受け入れは担保されました。しかし、実際にこれまで新規患者の受け入れの経験のない病院で受け入れを行うには、ハードルがあります。殊に盛岡医療圏では病病連携、病診連携のみではスムーズな役割分担、受け入れが難しいかもしれないということで、県の入院等搬送調整班の眞瀬先生や県の保健福祉部、盛岡市医師会といったような、伴走的な行政サポートが必要だということになります。

実際に、もうぎりぎりでありますけれども、来週の月曜日に向けて各地域の曜日別の対応病院グループを決めたりとか、当番制を決めたりといったシステム、これは既に今新型コロナウイルス感染症患者を診ている病院ではそういうことをやっております。例えば当院は県立中央病院と連携して、夕方になるとテレビ会議をして、そしてこの人少し重症になってきて、呼吸管理が必要なので、県立中央病院で診てもらえますかという調整をしています。あるいは、県立中央病院に夜急患で来た人がいるけれども、この人は調べてみたら新型コロナウイルス感染症は陽性だけれども、重症ではないので、盛岡市立病院で引き取ってほしいといったような患者のやり取りをするというようなことがとても大事であります。そういったことや、かかりつけの患者は、せめて自分のところで診てくださいということです。かかりつけの患者だけれども、うちは新型コロナウイルス感染症の患者は診ないからということで、かなり盛岡市立病院でも診させていただいたことあるのですけれども、やはりかかりつけの患者さんにしてみれば、ふだんから診ていただいている先生に診ていただくことほどありがたいことはないですので、そういったことも一緒にやっけていかななくてはいけないということでもあります。

ワクチンにつきましては、先ほど少しお話し申し上げましたように、来年の3月まで公的負担でやることになっております。盛岡市は、どれくらいの方が希望されるかわかりませんが、今のところやはりワクチンを接種されたほうが安全だということになっておりますので、これをできるだけ接種体制として一般向け、医療従事者向け、集団接種といったようなことを進めるということになっておりますし、私どもの病院でも春の集団接種については、5月20日、21日、27日、28日に、青山町にありますSGプラザで6,000人ぐらいの方々に対応させていただく予定であります。

ですから、当院として、5類感染症に移行しても感染対策、対応は怠らず、超高齢者の

方の超過死亡と言われるような状況を防止したいと思います。それから、昨年の冬には一番大変だったのですけれども、県立中央病院で100人ぐらいスタッフが感染して休んだのです。そうすると、もう入院もできないし、病棟も閉じなければならないということで、本来病院がやらなくてはいけない患者さんを診ることが全くできなくなりました。当院も同じようなことが起こったものですから、これをとにかく注意しなくてはならないということで、検診の方の数も減っていて、少し進んだがんの方が見つかる可能性もあるといったリスクもあります。盛岡駅とかに行きますとたくさんの方がいて、新幹線も本当に盛況だとお伺いしておりますので、一般の方と病院のスタッフとは、意識がちょっと違ってきているのかもしれないですけれども、病院というところはやはり患者さんを診るところですので、何とか院内の感染クラスターを発生させないように、そういった院内の本来の機能をできるようにしていかななくてはなりません。

それから、先ほど少し申し上げましたけれども、やはり今まで新型コロナウイルス感染症の患者を診ていなかった医療機関の方をサポートしていかななくてはなりません。これは、県の方もすごく力を入れておられるのですけれども、そういったことを私どもの病院としてもさまざま相談したり、直接行って相談に乗ったりというようなことを進めていきたいと考えております。

マスクについては、きょう多くの先生方がマスクをなさっていらっしゃいますけれども、確かに不織布のマスクというのは非常に効果があります。お互いにマスクした状態で大きい声でしゃべっても8割ぐらいは感染しないというデータがたくさん世界中に出ておりますので、これは一番有効かと考えております。

それから、うがいについては、確かにいいですけれども、大事なことはイソジン、ルゴールみたいなものでうがいをするのはやめたほうがいいということがわかっております。これは有名な話で、御存じの方が多いたと思いますけれども、実際にルゴールとかを塗ると、すごく喉が痛くなると思うのですけれども、あれでいつもうがいしていると、喉がいつも炎症を起こした状態になりますので、うがいをしない人とヨードうがい液、イソジンでうがいた人と同じぐらい風邪を引くというデータがちゃんと論文にありますので、決してイソジンではうがいをしない。イソジンをつくっている会社に問い合わせると、あれは治療薬です所以说います。確かに喉に何かうみついているとかというときにうがいはするのはイソジンで結構ですけれども、何も無い方がイソジンを使うのは、自分で自分の喉をギリギリやっているようなものですので、これは避けて、普通のお水とか、白湯とか、お茶でもうがいは結構です。

あとは、病院の病床については、当院は今まで30床を診ていましたけれども、大体今のところ12床をいつでも即応病床にしていくということになってはいますが、もちろんフェーズが進めば30床に戻して、できるだけ当院で診るようなことは進めていきたいと思っております。それから今廊下にこうやって陰圧装置がついているのですけれども、これだと一般病床に転換できないのです。これから国は何を言っているかということ、病床はふだんほかのこと

に使っていていいですけども、必要があったらいつでも対応できるようにしてほしいという、そのとおりなのです。

そういうことで、こういった小さいエアコンみたいなものをそれぞれのお部屋に置いた形で、そして陰圧になるようなことをこれから進めていければと思っていますが、これは今のコロナ禍がある程度収まって、そして次の感染症のことが起きる前に国からいろいろ指示をいただいて、それが県のほうに行って、そして私どもと相談するという、まだこれから先の話であります。

当院の新興感染症だけではなくて、災害への対応といったようなこと、さまざま課題がございます。一つは、私どもの病院は、地域多機能病院、地域の医療は地域で守るということでやっておりますので、そういった地域包括ケアシステムというものを十分にこれからも進めて、介護施設との連携を大事にしたいと思います。あとは東日本大震災津波のときに、石巻市の市立石巻病院はカルテも何も全部だめになったと聞いています。あのときに石巻赤十字病院は高速道路の山側に建てて、建てるときにもものすごく反対を食らったのだそうでありますけれども、あれをやったおかげでセーフになったということがあります。

さらに、そのときに石巻赤十字病院は、山形済生館という山形市立病院のところのカルテのデータをバックアップしていたということがあります。当院の場合は、クラウド化ということとか、毎日とにかくデータを蓄積してやっているのですけれども、そういったことも必要であります。

それから、当院の場合には病院の前に空き地がありまして、あそこを何とかするということがあります。そこに例えば災害時の備蓄をする設備とか、あるいは災害のたびに、では体育館を開けろとかというような形ではなくて、特に医療が必要となるような災害に遭われた方たちを取りあえずお引き受けするような、そういうスペースをつくるとか、公立病院としてさまざまやらなくてはいけないようなことがあると思います。あと食事のこともあります。実はうちの病院のストックというのは3日分ぐらいしかないようなのです。大体1週間ぐらいは何とか頑張ってもらえたら、次に行くということがわかっておりますので、その辺のところもこれからの課題だろうと考えております。

あともう少しだけ時間を頂戴いたしまして、ポストコロナ時代に求められる地域医療ということについて申し上げたいと思います。先生方が御存じのとおりで、日本の人口というのは、明治維新のときに3,000万人ぐらいだったそうですが、その後は諸外国からのプレッシャーに負けないようにということで、たくさん子供が生まれて、兵隊になって、お米もつくってということで頑張ってきたという歴史がございます。そういうことで、がっとう人口がふえたのですが、2004年にピークを、1億2,000万人、その後はジェットコースターの下りみたいになっているという現状があると言われておりますし、2050年になれば1億人を切るのだというようなことが言われております。

そういった中で、これは国際医療福祉大学の高橋泰先生の推移予測ですけども、ゼロから74歳までは今世紀末まで100万人ずつ減りますよと、75歳以上は30年までは50万

人ずつふえるのだといったようなデータが想定されております。

平成元年のころは、人口ピラミッドと申しますけれども、大体 20 歳より若い人から 65 歳ぐらいの若い生産人口と言われる方たちが中心だった時代は、一生懸命治療をして、そしてその方たちがまた社会に戻って社会のことをやっていたかというような、そういった多くの病気を治せた時代です。けれども、その方たちがそのままずっと年を取られてきていまして、これは 2050 年の日本のピラミッドですけれども、岩手県ではこういう状態になりつつあります。こうなりますと多くの方は御高齢でたくさんの病気を一遍に持っているということがありますので、一つの病気だけに一生懸命治療しようとする、ほかのほうがおかしくなってくるということがあります。治しにくいと、治し支える、癒やすといったような、いわゆる生活支援型の医療が重要になってくると考えます。そうしますと、病院の中の連携だけではなくて、地域の中での多職種連携というものが非常に大事になると、これが地域包括ケアシステムであります。

国のデータを見ますと、入院患者とか外来患者というのは、これから減ってきます。むしろ在宅、病院に通ってこれない方たちがふえてきますから、こういった方たちをどのように対応するか。東京都では、もう病棟を全部やめてしまって、全部訪問診療にしている病院も幾つもあります。盛岡市でも私どもの病院にかかっていた方、御家族からもう病院に行けなくなってしまったということで、細々とそういった訪問診療をやらせていただいているのですが、これからはそういうことを中心に考えていかなければいけないと思いますし、ただ盛岡市内で民間がそういうことを一生懸命やっておられる施設もあり、商売を邪魔してはいけませんので、そこは競合しない。私どもにかかっている患者は、まずそういったことを一生懸命やっていくようなことがこれから求められると考えております。

あとは、もう御存じのとおりで、御高齢になりますと、肺炎とか、心臓病とか、骨折とか、病気の種類が変わってきます。悪性腫瘍はある程度頭打ちでありますけれども、こういったところにフォーカスした患者さんの受け入れを当院でも進めていかなければと考えております。

また、患者、人口も減っているのですが、入院や外来に来られる方の数が年々高齢者の方が減っているというデータがあります。なぜ減るのかということになりますと、これは慢性期医療協会の前の会長の武久洋三先生が言われたことですが、高齢者はふえているのに、何で入院患者が減るのかと、これは一つは居住系、いわゆる介護施設が非常に充実してまいりましたし、あとは岩手医科大学附属病院もそうですけれども、高齢者の増加よりも平均在院日数が短縮しておりますために、結果として病院に来る患者さんの数は減るかもしれないということをおっしゃっております。

もう一つは、先ほど少し申し上げましたけれども、1 人の患者がいろいろな病気、例えば糖尿病で心不全があつて、骨粗鬆症があつて、認知症があつて、鬱病があつてとかと、どれも大変ですといったような、どれが主病だかわからない、メインの主な病気かわから

ないような、こういうのをマルチモビディティ、マルモと言っております。それぞれの病気に対してそれぞれお薬を出しているうちに、ポリファーマシーといいますけれども、お薬をたくさん飲んでしまって、お薬同士の相互作用で何か余計おかしくなるということも起こります。こういったことについても、今後マイナンバーカードでも、その中にどういってお薬が出ているかといったようなことが全部データとして入るといわれると言われておりますので、そういうものを使って患者が御苦労されないようなことも考えていかなければいけないということでもあります。

東京大学の老年の御専門の秋下先生という教授の方がおられるのですが、高齢者の方というのはどういう医療を求めているのでしょうかということで、4,000人の高齢者、75歳以上の人を調べてみたところ、調査項目は12項目あったそうですけれども、死亡率の低下は最下位だったということです。75歳以上の人で亡くならないようにしてほしいと、それはなかなか難しいことでありまして、そうではなくて御存命といいますか、生きておられる間は、体を動かせるようにしてくださいとか、家族に迷惑かけたくないですとか、あるいはQOLを改善して欲しいなどです。だから同じ医療でも、先ほど生活支援型の医療と申しあげましたのですけれども、がっとうごい医療をやると余計具合悪くなるということもありますので、こういったことを考えて、患者さん方が求める医療を提供していく必要があろうと考えております。

74歳までの方は従来型の医療、これはとことん型といっているのですけれども、とことん治療をする。そうして、また社会に戻って活躍していただく。75歳以上の方は、とことん型の医療も大事ですけれども、それ以外に生活支援型の医療、これは先ほどから出ています国際医療福祉大学の高橋先生は、まあまあ型の医療といっているのです。患者さんに、あなたはまあまあ型の医療をやっておくからと言ったら、多分怒られてしまうと思うのですけれども、考え方としてそういうあんまりめっちゃくちゃなことをしないで、その方が元気でできるだけ社会で生活できるような医療を提供することが大事ですという意味だと思います。そういった年齢に応じた医療の提供ということも考える必要はございます。

あとは、高齢者の方の場合には、お薬とかを若い人と同じように出すと、余計症状が強くなることもあります。それから、今さまざま限られた医療資源を有効に使うために何が行われているかということ、これは医療の標準化ということが行われています。あとは、見える化です。電子カルテは全部が見えるようにしているわけですし、ガイドラインというもので、誰でも同じような治療をしてくださいというものです。ところが、このガイドラインというのは、世界の論文を集めてきてつくってはいますけれども、決して75歳以上の御高齢の人を対象にしてつくられたものではありませんので、かえってこのガイドラインのとおりやるとうまくないことが起こることもあります。また、御高齢の方は、家族に遠慮しているということもあると言われておりますので、こういったことをちゃんと理解してやらないとだめだということを、先ほどから出ております東京大学の秋下先生がお話しされておられます。

病院としては、今全国に8,400ぐらいありますが、人口の減少で6,000ぐらいまで減少すると考えられています。岩手医科大学附属病院とか県立中央病院は、広域の高度急性期病院ですが、私どもは地域多機能型病院ということで、地域の皆さん方に密着した医療を提供するということが必要になってまいります。当院でもさまざまな経緯がございますが、ときどき入院、ほぼ在宅といったような形で地域に密着した医療を提供するということを進めております。

公立病院として、当院も含めて、地域の医療は地域で守るということも大事ですし、高齢者の求める医療を提供するということも大事です。それから、地域での医療機関と介護施設の連携を推進することも大事であります。

病院は今どこでも同じではないということを県民の皆様方に御理解いただくということも大事です。私が若いころ、岩手医科大学附属病院で外来をやっていると、風邪の患者さんがたくさん来たのです。何で岩手医科大学附属病院に風邪で来たのと聞くと、岩手医科大学附属病院の薬はよく効くかもしれないと思って来たと言われたことがありました。これは本当の話なのです。今はもうそういうことはなく、大学病院では肺炎、普通の市中肺炎とか、虫垂炎とか、胆石とか、そういうのは診ていないと思います。役割分担をしていかないと、限られた医療資源を上手には使えないだろうということ、あとは在宅医療を十分やっていないといけないと考えております。

公立病院ということになりますと、人口減少に対応するために、国としては地域医療構想ということで病床数を減らそうとか、働き方改革をしなければいけないとか、あるいは医師の偏在の解消といったようなこともあります。こういったことに一つ一つ私たちは知恵を絞って対応していきたいと考えております。

最後に、これから地域多機能病院として求められる分野とは何かということですが、今お話ししてまいりましたような地域包括ケアシステム、地域の医療は地域で守ることが大事です。もう一つは、がんの医療なのです。なぜかといいますと、今がんの生存者、いわゆるキャンサーサバイバーはふえております。これは、治療がすごく進んだからでありますし、それとともに今ほとんどの化学療法は外来でやられているのです。ですから、外来でやるということは、外来で生活をする、仕事をしてお金を稼がないと治療ができないということになりますので、どうやって外来に通っている方たちの体の状態を維持するかということがこれから私どもの病院のところは求められていると思います。

当院の役割についてであります。一つは、不採算部門でありますので、感染症のことをやっていかななくてはなりませんし、あとは地域のことをやっていかなければなりません。それから、岩手医科大学附属病院が矢巾町に移られました。ここから8キロ程度の距離ですけれども、地方都市とすれば、少し指を切ってしまったとか、風邪を引いたとあって、岩手医科大学附属病院でもそういう方を夜お受けしているのですけれども、交通機関とかいろいろな問題があって、ここから受診するのは難しいです。だから、そういう方たちが全部県立中央病院に行ってしまう。県立中央病院に救急車が来ているのに、少し指を切っ

た人がわっと来ると、県立中央病院の機能も非常に厳しいことになるので、私どもの病院でそういったところは大いに頑張らなければいけないと思っています。少しコロナ禍で苦戦しましたがけれども、これから進めていければと考えております。

これは、私の知っている兵庫県立大学の小山先生という方の講演から知ったのですけれども、経営の目的は何かということで、お金をもうけることなのだけれども、病院、医療や教育というのは事業であって、その事業の継続性が大事だということです。もうけることが目的ではないけれども、限界利益が必要で、維持するためといったようなことを意識して、私もこれから進んでまいりたいと思います。

病院としてなくてはならない病院にしなければいけません。自分たちがやりたい医療を提供するのではなくて、世の中が求める医療を提供するためには、やっぱりマーケティング・アンド・イノベーションということです。一般の企業では当たり前ですが、皆様方が何を求めているかといったようなことに対して絶えず工夫していくという、ちょっと偉そうなことを申しておりますけれども、そういったことをやって、公立病院として、コロナ禍もそうでしたけれども、そういったことを工夫していく必要があるかと考えております。

大変早口でしたし、雑駁なお話で申し訳ございませんでした。これをもちまして私の話を終わらせていただきます。御清聴いただきまして大変ありがとうございました。(拍手)
○高橋はじめ委員長 加藤様、御講演大変ありがとうございました。

これより質疑、意見交換を行います。ただいまの御説明に関し、質疑、御意見等ありましたらお願いいたします。

○佐々木朋和委員 加藤先生、御説明ありがとうございました。また、これまでの御労苦に心から敬意を表させていただきたいと思います。私から、2点御質問をさせていただきたいと思います。

先ほどの説明の中で、民間の医療機関もこれから5類に移ることによって、新型コロナウイルス感染症の受け入れをしてくれる病院が盛岡圏域では多いという話がありましたけれども、全圏域的にはどのような状況なのか、もしおわかりになればお知らせいただきたいと思います。

また、最後のほうで限界利益というお話もありました。コロナ禍になって県立病院も受け入れの患者さんは減っているのですけれども、新型コロナウイルス感染症患者の受け入れによって黒字化になっておりました。5類に移ったことによって、病院経営にどのような影響があるのか教えていただきたいと思います。

最後に、もう一点なのですけれども、第8波においては高齢者施設で多くのクラスターが出ておりました。なかなか入院受け入れということが難しく、介護という特殊なことも必要なので、介護施設にとどめ置いて患者さんを診たのですけれども、それによってクラスターが広がったという事案がありました。今後高齢者施設に対しての対応を、今のうちに検討し、見直すべきだと思うのですけれども、先生の御所見をいただきたいと思います。

○加藤章信参考人 どれもとても大切な御質問をいただきましてありがとうございます。

まず、民間の病院、医療機関の受け入れについてですが、盛岡市は病院の数が多いので、そういう意味で少し難しいところはあるのです。ほかの地域は、おかげさまでというか、幸いにして病院の数が限られておまして、調整がややこしいとかということがなくて、今既に多くの施設で実際もう受けられているところが多いですので、5月8日以降、何か特別変わったことがあるかという、そうではなくて、これからうまくいくと思います。盛岡市が一番ややこしいといいますか、新型コロナウイルス感染症患者を受け入れる民間の病院、医療機関の少し背中を押してあげるといいますか、ナッジというか、ではやってみるかなというようになるような仕掛けを今、県の方とかが一生懸命やっておられますし、私たちもそれに協力してやるということだと考えております。全県的には盛岡医療圏以外のところはそのまま非常にうまくいこうと私は考えております。

それから、いわゆる空床補償という問題ですけれども、先生も御存じのとおりで、一般論として病院はどれくらいもうけているのということですが、すごくうんともうかっている民間病院でも、利益率は二、三%なのです。ですから、二、三%患者が減ると、もうだめなのです。うちの病院は、ではどうなっているのといったら、268床ありましたが、実際は例えば精神科の病床70床あるのですけれども、今10床しか動かさないのです。4階の病床は新型コロナウイルス感染症用になったので、ゼロになりましたし、5階の地域包括ケア病棟は、60床あったのを30床にして、いろいろ計算すると半分以下なのです。ですから、それだけでも絶対アウトの状態です。おかげさまで、国からそういったお金を頂戴したので、天井からお金が降ってきたような状態になったものですから、何とか生き延びることができました。けれども、今後そういった空床補償は半額以下になりますし、これはもう9月で終わるということになりますので、今うちの医局のドクターたちに何と言っているかという、コロナ禍前に戻すのではなくてグレートリセットだからと、全部やり直すよということ。どうやってやるかといいますと、先ほど少し申し上げましたような、例えばそういった在宅医療のほうに力を入れるのだとか、あるいは検診のほうをもっともっと頑張るのだとかと、とにかくそれぞれの病院で今までできなかったようなことを、地域のニーズに合わせたものをどんどん取り入れて、とにかく患者さんに受診していただけるような、あるいはこちらから出向くようなことを積極的にやる。そうしない限りは、病院というのはあつという間に6,000以下に減少してしまう。今、国は病院の数を8,400から6,000にすると言っているのです。

特に公立病院はそうなのですけれども、今いろいろなところで、合わせて大きい病院をつくると言っているのです。でも、合わせて大きいのをつくと何が起るかという、例えば救急が非常に大変になるのです。さっき僕は、県立中央病院に少し切ったのやら何やら全部行くと、ほかの患者を診られなくなると話しました。同じことが大きく合わせたところでは、もうそれが始まってしまっていて、普通の軽症の患者さんはなかなか診てもらえない状況、あるいは救急車でやっている人たちが待たされてしまうような状況が起こ

っているのです。ですから、何が何でも数を減らして大きいのに一つにすれば全部うまくいくかという、それはいかないだろうと思います。これは、民間の先生たちもそれはすごく言っておられます。

診療科によって、医師の数とかの関係で小児科とか産婦人科とか、物によってはセンター化するほうがいいものもありますけれども、特に高齢者を相手にするところは、小さいところでも少し残していかないとだめなのではないかということです。ただ、その中でどうやって経営するかはまた別問題ですけれども、地域のインフラとしてそういうことをしていかないと、地域の医療が維持できず、そこに人が住めなくなってしまうということになると大変なことになりますので、そういったことは考えなくては行かないだろうと思います。

最後に先生から御質問いただいた介護施設の問題、これはもっともっと私どものような病院が介護施設さんと、私どもが県立中央病院と連携していったと同じように、それぞれの介護施設さんの規模は大小ありますけれども、担当する病院がどこの介護施設からもホットラインで受け取り、そして電話が来たらすぐ対応するとかという形にしていかないといけないと思います。

この3年間で介護施設の方たちは、本当に一生懸命やっていたいっているのです。最初は、もうとにかく何でもいいから病院に送るみたいなのがあったのですがけれども、今はかなり酸素をやっているのだけれども、酸素飽和度がどうしても下がってしまったりとか、どうしても食べられないからとかといって、そういう方が入院等搬送調整班の眞瀬教授を通じて当院にいらっしゃいます。90歳以上の方ばかりですけれども、この方たちは脱水で点滴したりすると、また元に戻っていくのです。ですから、本当に医療が必要になるような状況は受け取るとか、あるいは相談に乗れるといった、そういう連携をもっと進めていくことは、これから5月8日以降は絶対必要だと思っておりますし、医療機関だけではなくて、介護施設がとても大事です。特に超高齢者の方をたくさんお預かりされているので、そういうことは進めていく必要があろうと考えております。

○佐々木朋和委員 ありがとうございます。私は地元が一関市なのでございますけれども、やはり介護施設で、今先生がおっしゃったように、担当を病院と決めてホットラインをとというのはすごくいいなと思いました。うちの地域でも、やはりいざ緊急時に対応したいと言っても、質問を出してもなかなか、2週間返ってこないとか、ラゲブリオを処方してもらいたくて、県が出しているインターネットとか電話で診療してくれるところにかけても、どこも受け入れてくれなかったとか、やはり県の捉え方と実態というのもまた違うのかなと思っております。先生の言ったような方法というのはすばらしいと思いましたので、ぜひ実現に向けて我々も協力したいと思いますので、今後ともよろしく願いいたします。

○加藤章信参考人 ぜひ先生方からの御支援と御指導をいただいて、それは調整して生かしていきたいと思っておりますし、そうしないと収まらないのではないかと思っております。

○斉藤信委員 先生、ありがとうございます。何度か盛岡市立病院にも訪問して、その

たびにいろいろ御指導いただきましたが、きょうのお話にかかわって一つ質問します。昨年オミクロン株で6波、7波、8波と、波のたびに感染者がふえて、犠牲者が、死者が増加しました。同じ株で波のたびに感染が拡大し、死者が急増した、この要因というのをどのように捉えられているのか、これが第1点です。

第2点は、佐々木朋和委員も今問題を指摘しましたが、高齢者施設のクラスターが第8波で急増したというのが特徴でした。特に施設内療養というのが半ば原則みたいになって、第8波で124人が施設内療養で亡くなっているのです。これは、ほとんどクラスターの発生した介護施設です。職員も感染し、入所者も感染するという中で、施設内療養というこの実態が、私は県の行政にも医療機関にもしっかり受けとめられていなかったのではないかと思います。私は県議会でも取り上げましたが、酸素飽和度が6割、7割に低下した入所者が入院できなかったということで、実際にこの方は亡くなりました。そういう事態を今後絶対起こさせてはならないと思っていますが、先生の御見解を伺います。

三つ目ですけれども、5類への移行なのですが、実はきのうの厚生労働省の専門家会議、アドバイザリーボードで、専門家の有志が今後の第9波というのは起こり得る、第8波を超えるかもしれないと、こういう見解を出しているのです。だから、日本の場合には、決して収束の方向に向かっているのではなく、今後も新たな大きな波が起こり得ると指摘していることは、私は極めて重大な指摘だと思います。そのときに、政府はあまり医学的、科学的根拠なしに5類への移行を決めたのではないかと思います。先生は、先ほど紹介した5類への移行の最大の理由、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある状況とは考えられないとお話されましたが、私は、事実は違うと思うのです。今年の第8波は、今まで最大の感染の規模でした。岩手県でも12万人です。そして、四百数十人岩手県でも亡くなりました。言わば新しい波のたびに感染が拡大し、死者がふえたという、ある意味本当に国民にとっては、ますますコロナ禍は厳しい状況になっているのではないかと思います。

そういう点で、政府の方針だから、それに従わなくてはならないという側面はあると思いますけれども、一般の医療機関でこれに対応するときに、陰圧室とか、動線を分けるとか、特に診療所などの場合には、出口を別にしなかったら、感染力が何倍も高いわけですから、その診療所ですぐクラスターが発生してしまうと思います。単純な形で移行することができないのではないかと。移行するのだとしたら、そういう体制が病院や診療所で取られるような、少なくともそういう条件整備を先行すべきなのではないかと思いますが、いかがでしょうか。

○加藤章信参考人 ありがとうございます。委員の御質問は、本当に医療従事者の立場に立った御意見だと思います。

波のたびに感染者がふえるというのは、今、イギリスは波のたびに波が小さくなっていますというお話をさっき少しいたしましたけれども、その国の中の感染者の割合が違うのだと思います。ですから、例えば通常のインフルエンザとかで収束していくのは、抗体、

かというようなことが今の現状では難しいということもあります。

うまく説明できないのですが、さっきスライドでも出したのですけれども、いずれ介護施設の御高齢の方たちに生命の危険を及ぼすようなことを何とか避けたいということがあり、そこは介護施設ともっと連携して、これはちょっとというときは、すぐ送ってもらうとか、あるいはこちらから病院車を出してお迎えに行くとかというのは盛岡市立病院でできますので、そういった形で対応したいと思います。今から、例えば介護施設の職員の数をふやせとかと言われても、それはなかなか難しい問題で、これは将来的な問題です。これだけいろいろやらなくてはならないのだから、今の定数ではだめだよねとかという話は、あしたからはできないわけです。取りあえずあしたからできることとしては、もっと病院と連携して、そして何かあったらすぐ対応をこちらもしますというようなことをやるということです。

それから、介護施設ではかかりつけの病院がその施設をケアされていることが結構ありますから、私どもの病院でなくても、そういう施設と病院とで連携してもらって患者をすぐ受け入れるとか、もし難しいなら当院に送っていただくとか、何かそういうようなことを取りあえずやっていくしかないと思っています。

感染症をやっている先生方は、委員と同じ意見で、このままではだめだという話は、去年の8月くらいから出ていますので、そのとおりのことですが、国全体を考えたときに、やっぱりちょっと経済を回さなくてはとか、国民を守らなくてはいけないとか、いろいろなことがあって、そこは私が決めることではないのですけれども、決まっていたのだらうなと思いますので、そういう状況です。ちょっと歯切れが悪い御返事になりましたが、よろしくお願ひします。

○齊藤信委員 ありがとうございます。

では、あと1点だけ。後遺症対策です。感染した人の少なくとも1割以上、2割とも言われていますが、半年、1年たっても症状が残っている人がいます。これもインフルエンザとの決定的な違いだと思うのです。私は、専門外来とか、専門的な相談窓口というのは本当に必要だし、それで仕事ができなくなったり、離職した人たちも出ているのです。例えばきちんと医療で診断されれば、私はそれなりに職場なども対応できると思うのですが、そういう専門外来、専門相談窓口の設置についてどのようにお考えでしょうか、入院された患者の皆さんのフォローアップも含めてどんな状況でしょうか。

○加藤章信参考人 私どもの病院では、超重症者という方はお引き受けしてこなかったのです。もちろんウイルス血症ですので、全身症状の重い、軽いにかかわらず、全身にウイルスが感染しますので、例えば普通の季節性インフルエンザでも、採血してみると肝機能障害が出てくることよくあるのです。ウイルスというのは必ず全身に作用していますから、当然、新型コロナウイルス感染症でも脳細胞のグリア細胞に障害があるとか、脳細胞自体の機能に障害を起こすとかと、さまざまなことを言われています。当院の場合だけ言いますと、特別外来ということではないのですが、そういった新型コロナウイルス感染症にか

かったあと調子が悪いという方たちは、例えば当院の脳神経内科で診るということはやっております。

ただ、新聞とかでしか私も知識がないのですが、それをどうしたらいいとか、それからどれくらいの期間を診たら治るとかと、わからないこともたくさんあるわけです。少なくともそれに対してさまざまな症状がある方に対して、何らかの今できる薬を投与するとか、そういったことは当院でもこれから続けていくのですけれども、国全体としてそういった特殊外来をもっときちっと整備しろという話は、これから出てくると思うのです。それに対して県立中央病院とか、盛岡赤十字病院とか、盛岡市ですと私どものところも対応できることはやっていきたいと思いますが、取りあえず今の段階では、そういう訴えがあった人に対しては、十分ではないかもわからないですけれども、保険診療としてそういうところでちゃんと対応させていただいているという現状はあると思います。また、ほかの施設でも相談があれば、できるだけことは対応されているのが現状だと思います。少しスピード感が弱いかもしれないですけれども、わからないことをやっているということも事実ですので、もう少しそれに対する病態解明が進んでくことに沿って、進めていければと思っております。十分な答えになりませんが、よろしく願いいたします。

○神崎浩之委員 質問ではないのですが、この3年間の医療関係の皆さんに感謝を申し上げたいと思っておりました。もともと受け入れ病院は大変なお仕事であるのですが、日々職員さんは自分が感染しないように、それから家族にも感染させないようにということで、子供たちもいろいろ旅行に連れていけないとか、そんな中で大変なお仕事をされていたということで、感謝を申し上げたいと思っております。

それからさらに、今回一生懸命頑張っていたいただいた医療機関は、もちろん県立病院もあるのですけれども、盛岡市立病院であったり、それから奥州市の市立病院であったり、今まであまり日の目が当たってこなかったような病院こそが、盛岡市も奥州市も本当にコロナ禍において中心となって、地域の中でやっていただいたと思っております。コロナ禍には、地域医療構想があって、その中でも結構名前が出た病院だったのですが、殊コロナ禍に関しては、そういう病院に大変お世話になったということで、改めてそういう位置づけに対して働いていただいた方に感謝したいと思っております。

それから、何よりもやはり盛岡圏域は、私も県央保健所にも行ったり、医師会にも行ったり、いろいろと足を運ぶのですが、岩手医科大学附属病院があったり、非常に複雑です。本当にそのような中でうまく調整していただいて、責任ある仕事をやっていただいて、盛岡市立病院があるおかげで県内の各地域の感染も抑制できたと思っております。花巻市、北上市を抑えるためには、やっぱり盛岡市の感染を少なくしないと、花巻市、北上市も減っていかない。一関市も、一関市だけの問題ではなくて、仙台市の感染を少なくしていかないとそんなこともあって、岩手県の感染がこれだけで収められたというのは、院長先生の医療機関のおかげだと思っております。

いずれみんな、医療機関も、我々一般人も、5類になればそろそろいいのかなと思って、

先ほど先生がH I N I のとき、盛岡市立病院でやればいいのだみたいに言われたことがありましたが、やはり両磐地域でも県立千厩病院が、昔の感染症病棟を持っていたために、当初はおまえのほうでやれみたいなのがあったりしました。5月以降も、みんなで守っていく、医療機関で守っていくという対応、そういう整備をしていかなければならないと思っておりまして、何よりもこの3年間の皆さんの御労苦に感謝したいと思います。ありがとうございました。

○加藤章信参考人 大変過分なお褒めの言葉を賜りましてありがとうございました。私たちは特別なことをやってきたわけではありませんし、やっぱり県の作戦がよかったと思います。一般的には、うちは重点医療機関と言われているのですけれども、重点医療機関で軽症から重症まで全部診るといのが都市部とかでやっていることです。盛岡市立病院の場合には、重点医療機関という名前を頂戴しましたけれども、本当に重症なのは岩手医科大学附属病院とか県立中央病院で診ていただいて、そうでないのは盛岡市立病院とか盛岡赤十字病院で診るとい、そういう岩手県版の作戦が、このエリアの医療情勢に非常にフィットしたから、何とか連携ができたということがあります。先生御存じのように、都市部では病院の数もありますけれども、例えばどこそこ大学の関連病院は、どこそこ大学系列の病院にしか送れないとか、都会の中で結構制約があります。でも、岩手県の場合には全くそういうのがないので、病院間の連携は、コロナ禍のおかげでという大変ですけども、むしろ非常によくなったと思います。

職員については、確かに先生がおっしゃったように、東京都とか仙台市とかに住んでいる子供に、帰ってこないでと病院の職員が言わなくてはならなくて、お正月とかお盆とか帰ってきてはだめだというような、そういうことがずっと続いたということは、職員に対してかわいそうだと思いますけれども、やっぱり院内で、うちの病院みたいに小さい病院でクラスターが起きてしまえば、本当に何もできなくなってしまいますので、そういう意味では職員の皆さん方の協力をいただいたので、何とかやってこられたと思っています。先生方の御支援だったり、県の御支援だったりとかが大きかったのではないかと考えておりますので、ありがとうございました。

○高橋はじめ委員長 ほかにございませんか。よろしいですか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○高橋はじめ委員長 それでは、ほかにないようですので、新型コロナウイルス感染症対応の振り返りと今後、5類へ移行した後の医療対応については、これをもって終了いたします。

加藤様、本日は貴重なお話をいただき、大変ありがとうございました。

○加藤章信参考人 ありがとうございました。(拍手)

○高橋はじめ委員長 一言御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症は、5月8日から感染症法上の位置づけが2類相当から5類へ移行されるところでありますが、移行後におきましても適切な医療体制の確保が必要で

すので、引き続き本県における新型コロナウイルス感染症対策への御助言等を賜りますようお願いしたいと思います。

本日は大変お忙しい中、誠にありがとうございました。感謝申し上げます。

○加藤章信参考人 ありがとうございました。今後も尽力していきたいと思いますので、どうぞ御支援のほどよろしくお願いいたします。ありがとうございました。(拍手)

○高橋はじめ委員長 次に、日程2、その他であります。何かございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○高橋はじめ委員長 なければ、以上をもって本日の日程は全部終了いたしました。

なお、本委員会の取りまとめについては次回の委員会で行うこととしておりますので、よろしくお願いいたします。

本日はこれをもって散会いたします。