

令和2年10月2日掲載

COVID-19 流行時における自治体病院の対応と今後のあり方
—パンデミック第1波に対する会員病院のアンケート調査から—

公益社団法人 全国自治体病院協議会
COVID-19 流行時における自治体病院のあり方
タスクフォース

サマリー

- 全国自治体病院協議会では、COVID-19 流行時における自治体病院のあり方タスクフォースを新たに立ち上げ、COVID-19 国内パンデミック第1波、5月31日までの①自治体病院の対応と課題、②今後のCOVID-19 流行時における自治体病院のあり方についての意向を、会員病院にアンケート調査した。
- ①に関しては、1)PPE、医療機器等の国内生産、供給体制の確立、2)医師、看護師等の医療従事者の確保、適正配置、3)感染症治療に対応した病院の環境整備と病床確保、4)PCR等検査体制の充実と院内感染防止対策、5)COVID-19 疑い患者、産科・小児科・精神科患者の扱い、6)重症化し易く介護を必要とする高齢者への対応、7)回復後の後遺症対策と転院問題、8)職員への就労、過酷な負担への支援策、9)圏域内での行政、医療団体との情報交換や、医療機能の分担、患者の配置などに関する連携・協議・指導体制のあり方、10)診療報酬や補正予算による適切な支援、11)G-MIS、HER-SYSの活用等、多くの課題が報告された。
- ②については、1)行政、地域内の関係者との協議により、90%以上の病院が自院に課せられた使命に基づき対応し、2)重点病院となって、継続が必要な一般医療とCOVID-19 医療とを分離して積極的に治療に当たる病院と、住民・行政等の要望やパンデミック状況等によっては専門病院化も考え得ると回答した病院が、併せて30~60%みられた。その他にも3)圏域内の医療分担が必要で、重症化し易く人手を要する高齢者、中等症・重症患者は、重点医療機関、大規模病院での対応が望ましい、4)精神科、産科、小児科患者の対応、疑似症患者の対応が課題、5)保健所、行政、他医療機関との協議、情報交換、指揮命令系統の確立、連携が不可欠、との提言がなされた。
- 自治体病院の使命は、地域が必要とする医療を適正に提供することであるが、地域々々の医療体制、個々の病院の有する機能によって状況は異なる。COVID-19 に対しても、会員病院の機能、圏域内の医療体制、パンデミックの状況、住民・行政等の要望等によって、そのあり様、対応の仕方が変わる。COVID-19 に対しては様々な課題が存在し、自治体病院独自でも改善に向け努力が必要であるが、国、都道府県、市町村、他の医療関係者等と一体となって、迅速な解決策の検討がなされなければならない。これまでの会員病院諸氏の尽力に深く感謝し、こうした方針での更なる活躍を期待したい。

はじめに

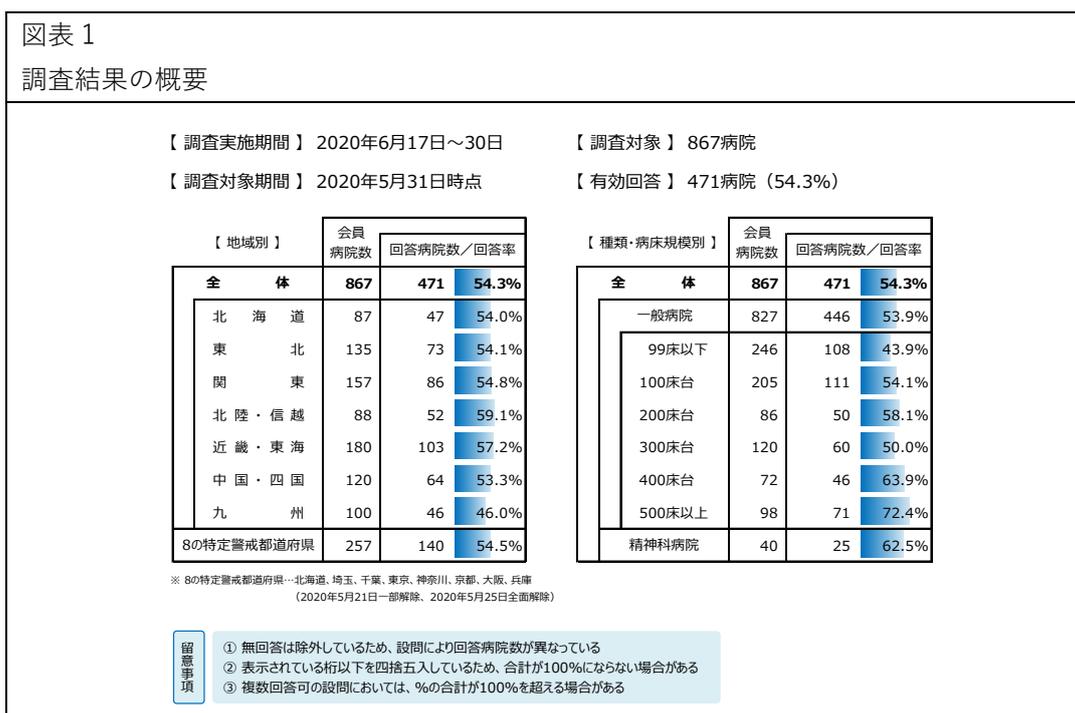
全世界で新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) が蔓延し、我国でも経済的活動の再開と共に、第2波と言うべき流行が再発している。先の第1波では、我々自治体病院は多くの困難と混乱を経験しながら、COVID-19 という未知の新興感染症の治療に必死に取り組んできた。全国自治体病院協議会 (全自病) では、「新型コロナウイルス感染症と自治体病院」と題して4月までの状況を本有識者会議に第1報として報告した [1]。今回は COVID-19 流行時における自治体病院のあり方タスクフォースを立ち上げ、会員病院へ再度アンケート調査を施行し、第1波5月終了時までの医療現場での経験をまとめ、得られた課題、教訓を通して今後の with Corona 時代の対応策、流行時の自治体病院のあり方を検討したので報告する。全国に展開する自治体病院の果たすべき役割は、地域々々によって、また個々の病院が有する機能によって異なるが、住民の生命と健康を守り、地域の健全な発展に貢献するという根幹は変わることなく、この報告がより一層円滑な COVID-19 対応、地域医療の継続・発展に繋がることを期待している。

本稿は2つのテーマから構成される。第1は第1波に際して自治体病院が行った対応と課題について、第2は COVID-19 流行時における自治体病院の今後のあり方に関する会員病院からの意見をまとめたものである。国、都道府県、市町村はじめ、関係各位との支援・連携体制や、医療体制のあり方、問題点等にも触れることになるが、より良い医療提供体制の構築を目指したものであることを予めお断りして、ご理解いただきたい。

アンケート調査結果の概要

I. COVID-19 国内第1波における自治体病院の対応と課題

867 会員病院に対し、5月31日時点までの COVID-19 への対応状況、課題、今後のあり方についての意向を調査した。回答は 471 病院、54.3% から得られた【図表1】。



COVID-19 陽性外来患者がみられた病院は 198 病院、42.0%で、患者数は総計で 2,577 名であった。500 床以上の病院に 1,049 名と最も多くの患者がみられたが、100 床台から 400 床台の病院にも 300 名を超える多数の患者が受診していた。これらの病院では、発熱外来・救急外来のマニュアルやフローチャートが 91.3%で作成され、動線・ゾーニングの確保が 89.6%、シミュレーションの実施が 74.9%で行われていた。

COVID-19 入院患者を受け入れるために病棟閉鎖・削減を実施した病院は、465 病院中 41.3%であった。500 床以上の病院が最も多かったが、100 床台の病院でも 27.5%が対応していた【図表 2】。

図表 2
COVID-19 入院患者受入のための病棟閉鎖・削減の実施状況

【種類・病床規模別】	回答 病院数	受入のため 病棟閉鎖・削減あり		受入準備のため 病棟閉鎖・削減あり		病棟閉鎖・削減 なし	
		数	割合	数	割合	数	割合
全 体	465	141	30.3%	51	11.0%	273	58.7%
一般病院	440	139	31.6%	49	11.1%	252	57.3%
99床以下	107	6	5.6%	3	2.8%	98	91.6%
100床台	109	14	12.8%	16	14.7%	79	72.5%
200床台	49	17	34.7%	9	18.4%	23	46.9%
300床台	59	32	54.2%	6	10.2%	21	35.6%
400床台	46	22	47.8%	9	19.6%	15	32.6%
500床以上	70	48	68.6%	6	8.6%	16	22.9%
精神科病院	25	2	8.0%	2	8.0%	21	84.0%

COVID-19 が疑われる救急患者、あるいは一般救急患者に対して、受け入れが困難であったケースは 91 病院で見られ、前者では病床満床のため、病床未整備のため、COVID-19 による院内感染の危惧、自院での対応困難症状ありが理由として挙げられた。病床満床のためは 500 床以上の病院が最も高く、病床規模が小さくなるほどその他の理由での受け入れ困難事例が増加する傾向を示した。一方、一般救急患者の受け入れが困難となった原因は、COVID-19 対応で一般患者の受け入れを制限していたが 31.9%にみられた。両者に共通した項目では、医師・看護師不足、PPE 不足、COVID-19 疑い症例の多発で対応困難、院内感染が起これば患者受け入れ停止中等の理由が報告された【図表 3】。

図表 3

COVID-19 疑い救急患者または一般救急患者の受け入れ困難事例

【種類・病床規模別】	回答 病院数	COVID-19疑い救急患者				一般救急患者		共通（COVID-19疑い救急患者・一般救急患者）	
		病床が満床のため 受け入れ困難	受け入れるための 病床が未整備	院内感染の懸念	呼吸器症状等 自院での対応困難	COVID-19陽性患者の 対応により救急の受け入れを制限していたため	対応する医師・ 看護師等が不足	その他	
全 体	91	20 22.0%	27 29.7%	22 24.2%	19 20.9%	29 31.9%	31 34.1%	27 29.7%	
一般病院	91	20 22.0%	27 29.7%	22 24.2%	19 20.9%	29 31.9%	31 34.1%	27 29.7%	
99床以下	14	2 14.3%	7 50.0%	8 57.1%	6 42.9%	2 14.3%	6 42.9%	3 21.4%	
100床台	12	3 25.0%	7 58.3%	5 41.7%	8 66.7%	3 25.0%	5 41.7%	2 16.7%	
200床台	9	1 11.1%	4 44.4%	2 22.2%	3 33.3%	4 44.4%	3 33.3%	3 33.3%	
300床台	22	5 22.7%	6 27.3%	5 22.7%	1 4.5%	7 31.8%	11 50.0%	6 27.3%	
400床台	11	2 18.2%	2 18.2%	2 18.2%	1 9.1%	5 45.5%	2 18.2%	3 27.3%	
500床以上	23	7 30.4%	1 4.3%	0 0.0%	0 0.0%	8 34.8%	4 17.4%	10 43.5%	
精神科病院	0	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	

※ 複数回答あり

COVID-19 入院患者は、219 病院、46.5%で 2,859 名の患者を受入れた。未受け入れ病院は 249 病院であった。2,859 名を経過中陥った最も重い病期と死亡者とに分けて分類すると、軽症：1,497 名、中等症Ⅰ：543 名、中等症Ⅱ：497 名、重症Ⅰ：102 名、重症Ⅱ：95 名、死亡：125 名、4.4% であった。軽症者の比率は 99 床以下、100 床台の病院で高かったが、300 床台～500 床以上の中～大規模病院にも多数収容されており、500 床以上の病院では全入院患者の 50.3%、全軽症患者の 45.5%が入院していた。中等症、重症者、死亡例は 500 床以上の病院での受け入れ数が最も多かったが、200 床台～400 床台でも全入院患者に占める比率は 500 床以上の病院とほぼ変わらず、100 床台以下の病院でも中等症患者が少数ながら収容されていた【図表 4、5】。

図表 4

COVID-19 入院患者の受入状況

【種類・病床規模別】	回答 病院数	受入病院		未受入病院		無回答	
		数	比率	数	比率	数	比率
全 体	471	219	46.5%	249	52.9%	3	0.6%
一般病院	446	216	48.4%	227	50.9%	3	0.7%
99床以下	108	12	11.1%	95	88.0%	1	0.9%
100床台	111	31	27.9%	78	70.3%	2	1.8%
200床台	50	28	56.0%	22	44.0%	0	0.0%
300床台	60	47	78.3%	13	21.7%	0	0.0%
400床台	46	34	73.9%	12	26.1%	0	0.0%
500床以上	71	64	90.1%	7	9.9%	0	0.0%
精神科病院	25	3	12.0%	22	88.0%	0	0.0%

図表 5

COVID-19 陽性入院患者①

【種類・病床規模別】	回答 病院数	陽性 患者数 (累計)									
		軽症	中等症Ⅰ (呼吸不全なし)	中等症Ⅱ (呼吸不全あり)	重症 (L型)	重症 (H型)	死亡				
全 体	196	2,859	1,497 52.4%	543 19.0%	497 17.4%	102 3.6%	95 3.3%	125 4.4%			
一般病院	194	2,851	1,489 52.2%	543 19.0%	497 17.4%	102 3.6%	95 3.3%	125 4.4%			
99床以下	7	19	13 68.4%	1 5.3%	5 26.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%			
100床台	24	149	116 77.9%	12 8.1%	14 9.4%	0 0.0%	0 0.0%	7 4.7%			
200床台	23	280	96 34.3%	64 22.9%	82 29.3%	10 3.6%	12 4.3%	16 5.7%			
300床台	46	645	388 60.2%	101 15.7%	113 17.5%	17 2.6%	14 2.2%	12 1.9%			
400床台	33	413	199 48.2%	98 23.7%	77 18.6%	15 3.6%	14 3.4%	10 2.4%			
500床以上	61	1,345	677 50.3%	267 19.9%	206 15.3%	60 4.5%	55 4.1%	80 5.9%			
精神科病院	2	8	8 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%			

COVID-19 入院患者の収容病床は、確保した一般病床が軽症～中等症を中心に 49.8%と最も高く、次いで感染症病床、結核病床、ICU、HCU の順となっている。重症例、死亡例は ICU で治療した比率が高いが、確保した一般病床での治療も行われていた【図表 6】。

図表 6

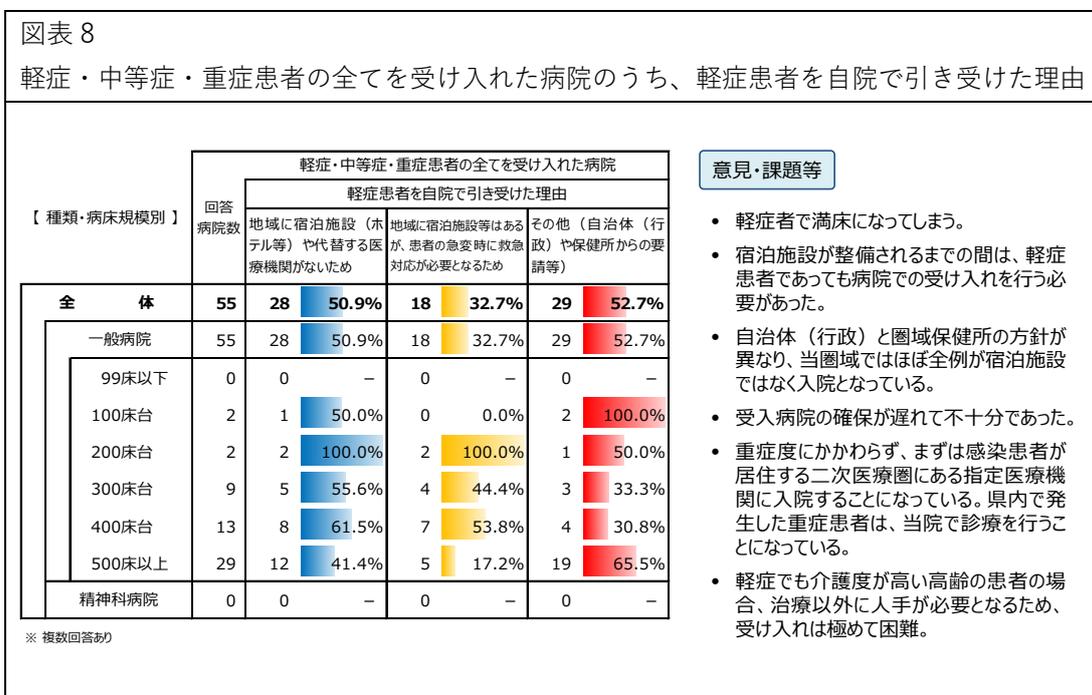
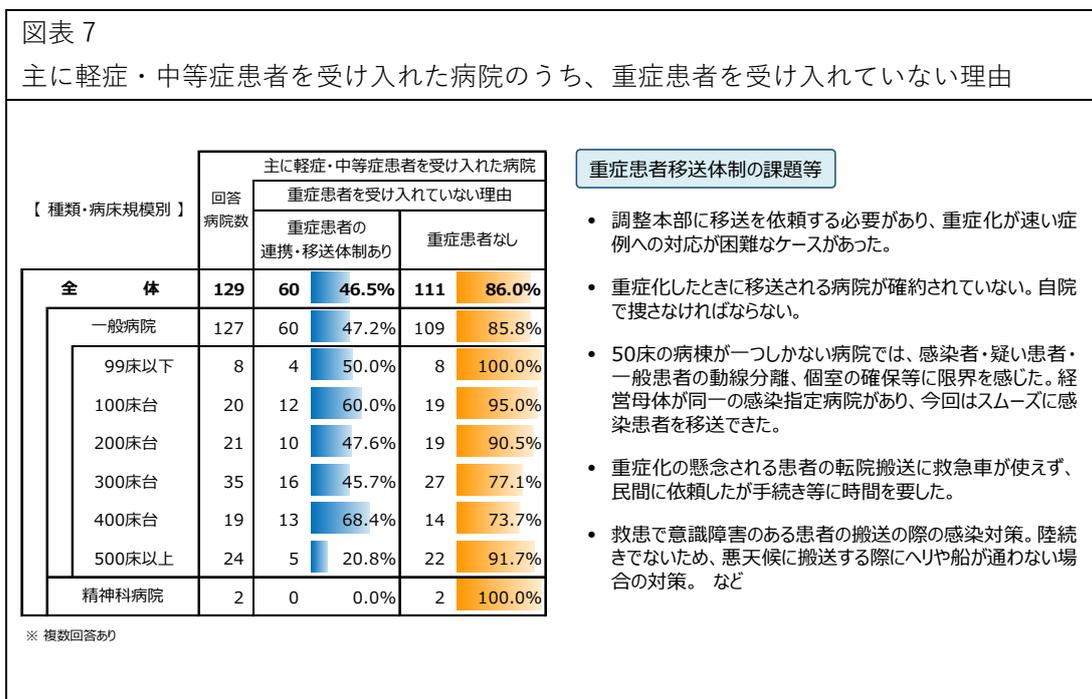
COVID-19 陽性入院患者②

【重症度別】	回答 病院数	陽性 患者数 (累計)								不明 (記載なし)	うち 陰圧室
		ICU	HCU	手術室	結核病床	確保した一般病床	その他の病床 (感染症病床等)				
全 体	196	2,859	139 4.9%	73 2.6%	0 0.0%	169 5.9%	1,424 49.8%	634 22.2%	420 14.7%	1,193 41.7%	
軽症	170	1,497	5 0.3%	27 1.8%	0 0.0%	96 6.4%	846 56.5%	388 25.9%	135 9.0%	645 43.1%	
中等症Ⅰ (呼吸不全なし)	93	543	3 0.6%	9 1.7%	0 0.0%	32 5.9%	286 52.7%	94 17.3%	119 21.9%	179 33.0%	
中等症Ⅱ (呼吸不全あり)	104	497	8 1.6%	17 3.4%	0 0.0%	26 5.2%	218 43.9%	111 22.3%	117 23.5%	239 48.1%	
重症 (L型)	37	102	41 40.2%	5 4.9%	0 0.0%	0 0.0%	33 32.4%	14 13.7%	9 8.8%	48 47.1%	
重症 (H型)	31	95	47 49.5%	8 8.4%	0 0.0%	12 12.6%	9 9.5%	5 5.3%	14 14.7%	26 27.4%	
死亡	41	125	35 28.0%	7 5.6%	0 0.0%	3 2.4%	32 25.6%	22 17.6%	26 20.8%	56 44.8%	

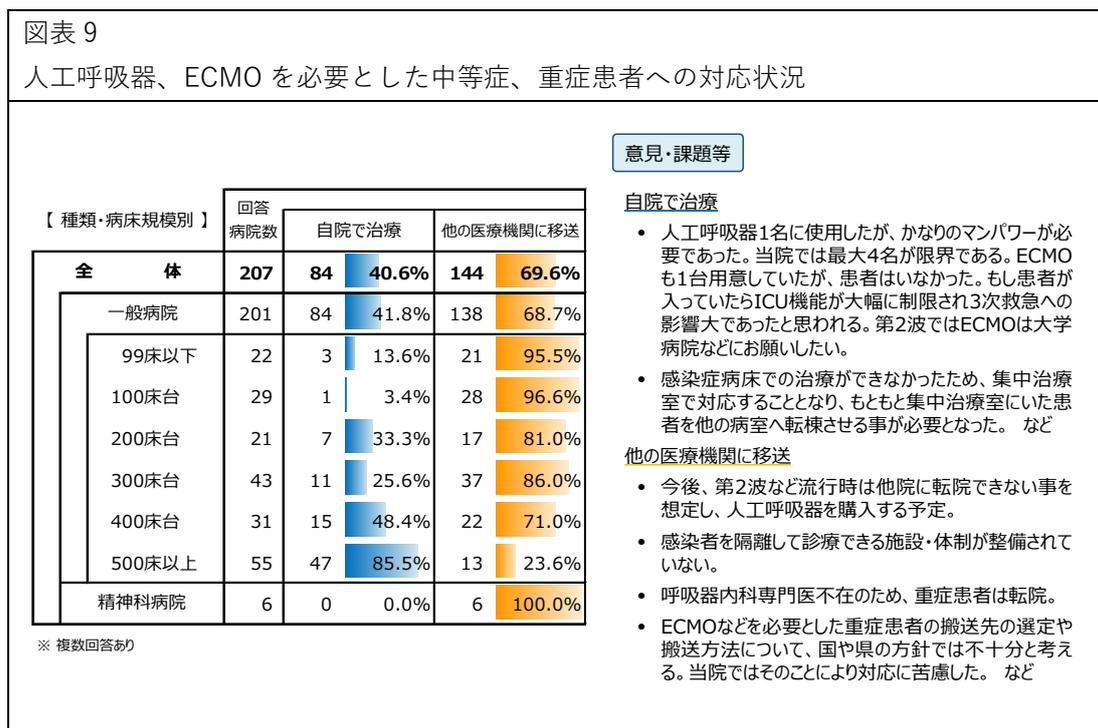
COVID-19 陽性患者の入院受け入れなしの理由は、回答病院 237 病院中、地域に COVID-19 陽性患者が発生していない 46.4%、自院に受け入れ可能な人材、設備、機能がない 45.6%、COVID-19 陽性患者は他医療機関が受け入れており、自院は一般医療を提供 43.0%、受け入れ体制を取っているが要請なし、医療が逼迫しておらず未だ体制整備を整えていないなどのその他の理由が 15.2%であった。

COVID-19 陽性患者を重症度別に受け入れているか否かの質問に対しては 197 病院から回答があり、主に軽症・中等症患者を受け入れた病院 65.5%と最も比率が高く、軽症～重症まで全てを受け入れた病院 27.9%、中等症～重症患者を主に受け入れた病院 6.6%であった。主に軽症・中等症患者を受け入れた病院で重症患者を受入れなかった理由は、重症患者なし 86.0%、重症患者の連携・移送体制あり 46.5%であったが、連携・移送体制に課題を有した病院も散見された【図表 7】。主に中等症～重症患者を受け入れた病院は、軽症患者の対応は他の医療機関 76.9%、宿泊施設 46.2%、自宅 38.5%であったが、宿泊施設の利用はピークを過ぎた後だったり、食事介助やリハビリが必要な患者の支援病院の確保に苦勞し、転院できないことがあったなどの課題が示された。軽症～重症まで全てを受け入れた病院は、自治体や行政からの要請 52.7%、地域に宿泊施設や代替医療機関が

ないため 50.9%、患者の急変時対応のため 32.7%であった。軽症者で満床になってしまう、自治体からの要請で全てを指定医療機関に入院する決まりがあり、宿泊施設、受け入れ病院の確保が不十分、介護度の高い高齢者は治療以外に介護に人手が必要で難しいなどの課題が示された【図表 8】。



人工呼吸器、ECMO を必要とした中等症、重症患者では、自院で治療 40.6%、他の医療機関へ移送 69.6%であった（重複あり）【図表 9】。



COVID-19 患者の後遺症は 214 名にみられた。長期入院による筋力、運動能力の低下 54.7%、呼吸機能低下 16.8%、嗅覚障害 12.1%、認知機能低下 8.9%と続いた。回復後の退院に際して、COVID-19 陽性だったことを理由に転院を断られる 45.2%、陰性確認後も時間をおいての（14 日以上等）転院引き受け 47.6%、介護度が上がり家族が退院を受けない 34.7%などの問題が挙げられた。死亡時の対応でも、葬儀関係の問題（納体袋、遺体管理、火葬場への搬送、時間外火葬の実施、剖検等）、通常の看取りが出来ないなどの課題が多数報告された。

COVID-19 疑い患者、妊婦、小児、精神疾患の患者の対応に課題を生じた病院が、それぞれ 76.3%、40.0%、47.3%、44.3%にみられた。COVID-19 疑い患者への対応では、患者が集中するなか、陰性、あるいは陽性確定まで個室隔離を必要とし、看護師は PPE を着用して他患と分けて対応する必要があり、妊婦対応では、多くの病院が妊婦対応困難ななかで、分娩室の分離、感染症病棟での分娩、緊急入院に伴う帝王切開、出産後の母子対応などの課題が示された。小児対応では、小児科医の不足、看護師が小児対応に不慣れ、付き添い者への対応などが課題として挙げられ、精神疾患患者に対しては、理解・制止できない、濃厚介助の必要な患者のため暴露のリスクが増大する懸念と共に、施設整備の不備や（隔離困難、酸素設備なし等）、精神、あるいは感染症・身体合併症領域の専門医・看護師不足、治療体制の脆弱性が指摘された【図表 10】。

図表 10

COVID-19 疑い患者や COVID-19 陽性の妊婦・小児患者・精神疾患の患者の対応に課題があると回答した病院 ※

【種類・病床規模別】	回答 病院数	院内感染の経路				院内感染の原因と考えられるもの			
		疑い患者	妊婦	小児患者	精神疾患の患者	PPE不足	職員の感染症の 知識・技術不足	その他	
全 体	300	229 76.3%	120 40.0%	142 47.3%	133 44.3%				
一般病院	281	222 79.0%	120 42.7%	142 50.5%	115 40.9%				
99床以下	49	44 89.8%	4 8.2%	8 16.3%	6 12.2%				
100床台	60	54 90.0%	10 16.7%	15 25.0%	13 21.7%				
200床台	31	25 80.6%	18 58.1%	19 61.3%	10 32.3%				
300床台	50	35 70.0%	32 64.0%	31 62.0%	25 50.0%				
400床台	38	27 71.1%	23 60.5%	30 78.9%	25 65.8%				
500床以上	53	37 69.8%	33 62.3%	39 73.6%	36 67.9%				
精神科病院	19	7 36.8%	0 0.0%	0 0.0%	18 94.7%				

※ 調査対象期間中に実際に受け入れてなくても、受け入れる前の準備の段階や、実際に受け入れることで生じる課題があると回答した病院も含まれている

介護施設等からの患者は回答 408 病院中 30.4%で受け入れがあり、99 床以下、100 床台、200 床台、300 床台、400 床台、500 床以上の病院では、18.9%、20.9%、29.5%、48.1%、43.9%、44.4%が受け入れていた。

PPE の使用法や感染に対する教育、トレーニングは 93.8%の病院で実施されていたが、院内感染が 27 病院、5.8%で発生し、23 病院が COVID-19 陽性患者の治療中に発生していた。感染者数は 103 名で、看護師、患者、医師の順であった。感染経路としては患者治療に起因するもの 44.4%、同定不能 40.7%、職員の院外からの持ち込み 29.6%、不顕性感染者からの感染 7.4%と報告され、PPE 不足、感染症への知識・技能不足、その他（吐物処理、口腔ケア、PCR 偽陰性等）の原因が報告された【図表 11】。

図表 11

院内感染の経路と原因

【種類・病床規模別】	回答 病院数	院内感染の経路				院内感染の原因と考えられるもの			
		COVID-19 陽性患者の治療中	不顕性感染者 から感染	職員が院外から 持ち込み	感染経路等不詳	PPE不足	職員の感染症の 知識・技術不足	その他	
全 体	27	12 44.4%	2 7.4%	8 29.6%	11 40.7%	2 7.4%	2 7.4%	3 11.1%	
一般病院	27	12 44.4%	2 7.4%	8 29.6%	11 40.7%	2 7.4%	2 7.4%	3 11.1%	
99床以下	2	1 50.0%	1 50.0%	0 0.0%	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
100床台	4	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 75.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
200床台	2	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
300床台	4	1 25.0%	1 25.0%	2 50.0%	1 25.0%	0 0.0%	1 25.0%	1 25.0%	
400床台	5	2 40.0%	0 0.0%	2 40.0%	1 20.0%	1 20.0%	0 0.0%	1 20.0%	
500床以上	10	5 50.0%	0 0.0%	4 40.0%	3 30.0%	1 10.0%	1 10.0%	1 10.0%	
精神科病院	0	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	

※ 複数回答あり

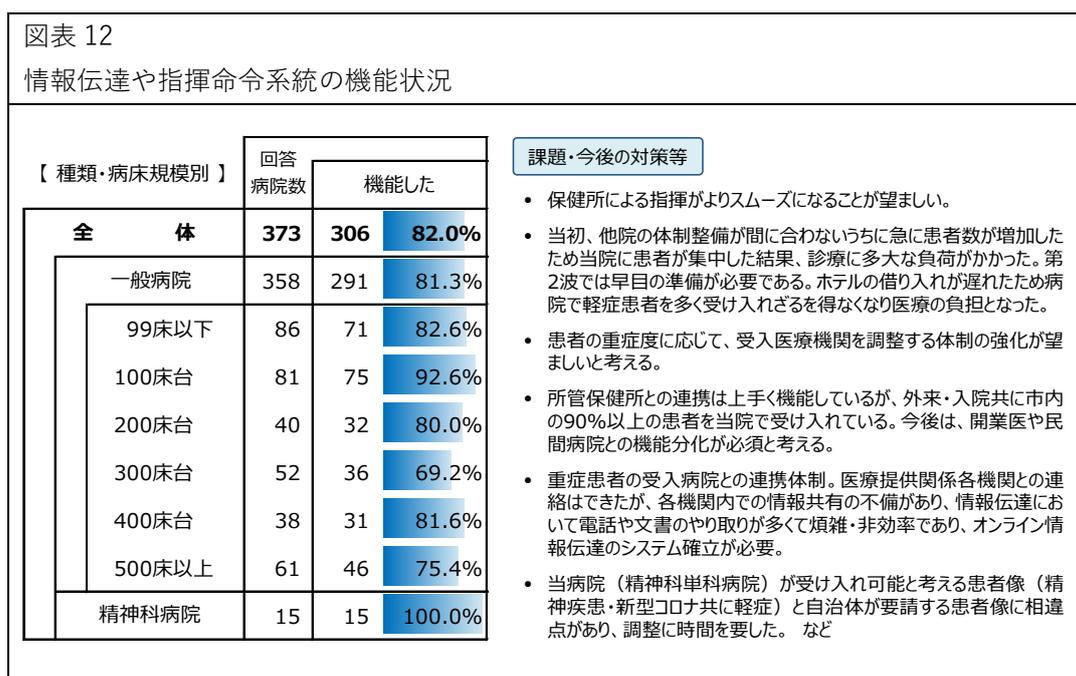
感染症対策チームは 86.9%の病院で設置され、99 床以下の病院 50.0%、精神科病院 76.0%を除きほぼ 100%であった。トレーニングも 89.3%の病院で実施されていた。呼吸ケアチームは 461 病院中 26.2%、ECMO チームは 457 病院中 4.2%に設置されていた。

院内における COVID-19 対策会議は 460 病院中 89.8%で開設され、100 床台以下、精神科病院を除くとほぼ 100%であった。COVID-19 陽性患者への対応に関する振り返り、課題・対応策の検討が 73.8%で実施され、診療体制・人員配置、対応マニュアルの策定や見直し、地域の感染状況や対応方針、第 2 波以降への備え、職員の経験発表、記録の整備など、頻繁に協議された。

COVID-19 に関する問い合わせ窓口は 44.1%の病院で設置され、電話、一部 PC による診療・処方箋発行などが 83.4%の病院で実施された。

職員の宿泊施設の確保は 309 回答病院中 75.1%で行われ、自治体、自院での確保、職員が自ら確保(重複あり)が、18.8%、50.2%、19.1%であった。職員のメンタルケアは 461 病院中 44.3%で実施され、精神科リエゾンチーム、上司、心理士等のカウンセリングが行われた。危険手当は、457 病院中 64.6%で創設または増額され、時間外手当は 96.1%で増額なしのままであった。保育施設に関しては 462 病院中 58.7%に施設が設置されており、特別臨時対応（一時保育 41.3%、学童保育 30.4%、保育士の増員 8.7%など）が行われた。

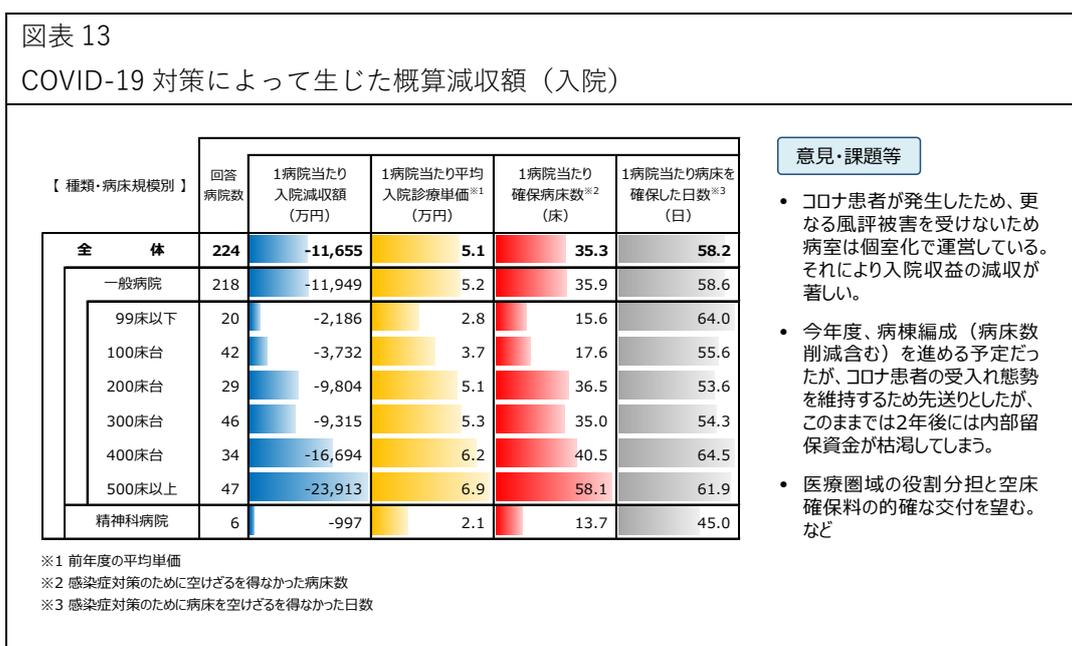
自治体・保健所・医師会等との協議・連携体制については、回答病院 450 病院中 93.6%で協議が行われ、中心的役割を果たしたのは、保健所 80.8%、自治体 52.7%、医師会 35.6%、感染症指定医療機関 29.7%であった。情報伝達・指揮命令系統が機能したところは 82.0%に止まり、協議・連携なしが 6.4%でみられた。情報共有の徹底、患者の重症度に応じて受け入れ医療機関を調整する体制の強化、患者集中の是正、宿泊施設の早期からの確保、早めの準備、開業医や民間病院との機能分化が課題として挙げられた【図表 12】。公立・公的病院間、大学との相互支援は 449 病院中 50.3%で実施され、精神科単科病院と総合病院との連携は、23 病院中 65.2%で行われた。



医師（後期研修医含む）、看護師等の感染症病院への派遣は440病院中9.5%で実施され、500床以上の病院が19.4%、200床台が13.0%であったが、他は5~7%であった。人員の余裕がない、人員の広域配置が可能となる体制作りが課題との指摘があった。

G-MIS に関しては、5月31日時点で451病院中72.9%が認知しており、57.5%が活用、役に立った28.5%、どちらともいえない64.5%、役に立たなかった7.0%であった。医療材料の配給を受け、助かったという回答がみられる一方、入力効率化と省力化を求める意見が多数あった。HER-SYSの認知状況は389病院中59.6%であった。

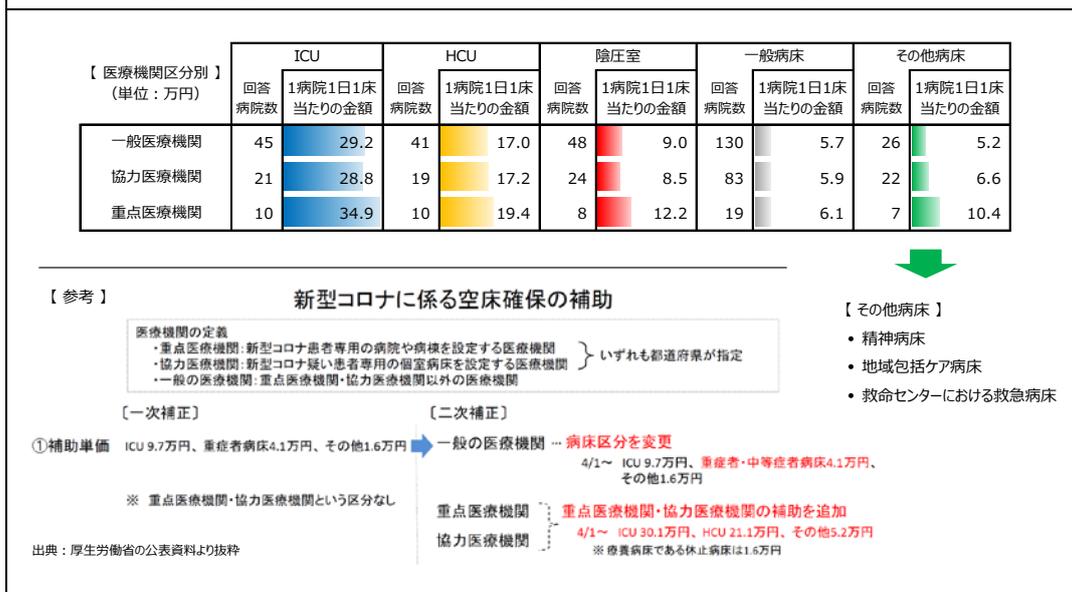
医業収支は未受け入れ病院、受け入れ病院、病棟閉鎖・削減した病院の順に悪化しており、4月よりも5月の方がマイナス幅が大きくなっていった[2]。500床以上の病院では、COVID-19対応のため平均で58.1床、61.9日間病床を確保し、入院での概算減収額は23,913万円、外来では1日当たり180人の診療制限を46.5日実施し、概算減収額は平均で15,998万円であった【図表13】。医療体制整備のために施設改修、工事が発生した病院は355病院中44.5%で、医療機器・物品購入等による費用増加が83.1%、医薬品・医療材料の価格高騰による費用増加が60.3%、人件費の増加が22.8%にみられた。



COVID-19 陽性患者の受け入れのための空床確保に必要な金額は、1日当たりICU29.2~34.9万円、HCU17.0~19.4万円、一般病床5.7~6.1万円、その他病床5.2~10.4万円と報告され、第2次補正額に対して、重点医療機関ではICU、その他病床で不足し、協力医療機関ではその他病床で不足していた。一般医療機関では全ての病床で補助額が不足しており、増額を望む声が聞かれた【図表14】。

図表 14

COVID-19 陽性患者の受け入れのための空床確保に必要とする金額



COVID-19 陽性患者（中等症・重症）に係る特例的な診療報酬に対しては、重症度制限のために診療報酬の対象にならないが 323 病院中 35.0%、充足するが 5.3%、充足しないが病院 34.7%であった。COVID-19 対応で、一般患者が減少した点も考慮して欲しいとの意見が多数あった【図表 15】。

図表 15

COVID-19 陽性患者（中等症・重症）に係る特例的な診療報酬に対する評価

【種類・病床規模別】	回答 病院数	充足する	充足しない	重症度が限定されて いるため診療報酬の 対象にならない	その他
全 体	323	17 5.3%	112 34.7%	113 35.0%	81 25.1%
一般病院	310	17 5.5%	112 36.1%	107 34.5%	74 23.9%
99床以下	59	5 8.5%	5 8.5%	35 59.3%	14 23.7%
100床台	65	3 4.6%	17 26.2%	32 49.2%	13 20.0%
200床台	35	2 5.7%	13 37.1%	10 28.6%	10 28.6%
300床台	53	1 1.9%	25 47.2%	17 32.1%	10 18.9%
400床台	36	1 2.8%	20 55.6%	8 22.2%	7 19.4%
500床以上	62	5 8.1%	32 51.6%	5 8.1%	20 32.3%
精神科病院	13	0 0.0%	0 0.0%	6 46.2%	7 53.8%

COVID-19 に伴う医療機関への支援が実施されているが、更に必要な支援対策について自由記載欄では、①疑似症患者、軽症患者の受け入れに対する支援の充実、②次年度施設基準の緩和や診療報酬上の措置、③精神科診療報酬の圧倒的な低さの是正と人員確保、連携体制の確立、④日本医師会との連携により、かかりつけ医による1次トリアージ機能強化、⑤地域の医療機関の機能分化、

⑥PCR、LAMP 法、迅速診断キット等の早急配布、⑦医師・看護師等の増員、適正配置、応援体制の確立、⑧陽性患者非受け入れ病院も含めた PPE 等の潤沢な供給と、医療物資の安定流通体制の確立、⑨電子カルテによる情報共有などの支援、⑩重点機関、周産期、小児、透析、精神患者の病床確保・体制整備、⑪院内感染対策等が挙げられた。

II. COVID-19 流行時における自治体病院のあり方調査概要

COVID-19 流行時の自院の役割は、行政、地域の関係者と情報共有・協議して対応すると回答した病院が 91.5%と最も多く、重症度によって受け入れを分担 66.1%、陽性患者は重症度に関係なく原則引き受ける 5.4%であった【図表 16】。

重症度によって受け入れを分担することに対しては、中等症・重症者は重点医療機関、中～大規模病院を中心とする 72.1%、無症状・軽症者は施設、小規模病院を中心とする 56.8%、基礎疾患を有する高齢者は小～中規模病院を中心とする 25.9%、介護施設等からの高齢者は小～中規模病院を中心とする 21.8%であった【図表 17】。

図表 16
COVID-19 流行時の自院の対応

【種類・病床規模別】	回答 病院数	行政、地域の医療関係者と情報共有し、対応策、支援策を協議・実行する	陽性患者は重症度に関係なく原則引き受ける	陽性患者の重症度によって受け入れを分担する
全 体	445	407 91.5%	24 5.4%	294 66.1%
一般病院	421	383 91.0%	24 5.7%	285 67.7%
99床以下	101	96 95.0%	0 0.0%	46 45.5%
100床台	100	91 91.0%	2 2.0%	71 71.0%
200床台	49	47 95.9%	2 4.1%	36 73.5%
300床台	59	53 89.8%	4 6.8%	50 84.7%
400床台	46	39 84.8%	4 8.7%	33 71.7%
500床以上	66	57 86.4%	12 18.2%	49 74.2%
精神科病院	24	24 100.0%	0 0.0%	9 37.5%

※ 複数回答あり

図表 17

COVID-19 流行時に重症度によって受け入れを分担することに対する自院の考え

【種類・病床規模別】	回答 病院数	無症状・軽症者は施設、小規模病院を中心とする	基礎疾患を有する高齢者は、小～中規模病院を中心とする	介護施設等からの高齢者は、小～中規模病院を中心とする	中等症・重症者は、中～大規模基幹病院・重点医療機関を中心とする	無回答
全 体	294	167 56.8%	76 25.9%	64 21.8%	212 72.1%	20 6.8%
一般病院	285	163 57.2%	76 26.7%	63 22.1%	208 73.0%	17 6.0%
99床以下	46	33 71.7%	13 28.3%	11 23.9%	28 60.9%	1 2.2%
100床台	71	45 63.4%	7 9.9%	4 5.6%	47 66.2%	1 1.4%
200床台	36	23 63.9%	17 47.2%	13 36.1%	24 66.7%	5 13.9%
300床台	50	20 40.0%	19 38.0%	17 34.0%	42 84.0%	3 6.0%
400床台	33	19 57.6%	9 27.3%	6 18.2%	24 72.7%	4 12.1%
500床以上	49	23 46.9%	11 22.4%	12 24.5%	43 87.8%	3 6.1%
精神科病院	9	4 44.4%	0 0.0%	1 11.1%	4 44.4%	3 33.3%

※ 複数回答あり

自由記載欄の主な意見では、

- ① 無症状や基礎疾患のない軽症者はホテルや施設で隔離し、悪化時は迅速に転送。開業医が診るべき。軽症患者は少数分散させるより、集中させた方が資源の有効活用。
- ② 中等症以上は重点医療機関、無症状は施設、中小病院は協力医療機関として軽症、疑似症対応。陽性患者を自治体病院や公的病院だけで受け入れるには限界がある、民間病院を含めた体制を構築すべし。
- ③ 高齢者、介護を要する方、基礎疾患の有する方、精神状態の不安な方は重症化リスクが高く、重症者対応が可能な大規模基幹病院での受け入れを検討して欲しい。マンパワーの少ない中小病院では受け入れ困難。基礎疾患のある高齢者を当初から小～中規模病院で受け入れる考えは、濃厚治療を行わないということにつながり患者の選別になる。
- ④ 当圏域では当院以外患者の受け入れは困難、当院で治療が困難な患者は大規模病院へ搬送。
- ⑤ 政策医療実施機関として役割を担いつつ、急性期医療等その他の医療も継続実施する必要があり、自治体病院の役割について地域で十分理解いただき、役割分担を明確化。
- ⑥ 複数の医療機関が院内感染等で機能停止する事態を避けるため、受け入れ病院を限定すべき、収容能力を超える場合は分担対応。
- ⑦ 一般診療を継続しつつ COVID-19 患者を受入れるのは、感染リスク、病院機能、経営面からも負担が大きく、コロナ専門病院を新設すべき、医療スタッフを各医療機関から集め、診療する方式ができないか。
- ⑧ 受け入れについては保健所の指示であるため当院では決められないが、圏域内で分担すべき。
- ⑨ 癌専門病院であるため、COVID-19 患者が発症すれば移送、指定病院が満床であったりする場合、当院で治療ができるか難しい。

- ⑩ 精神科単科病院では、身体科で管理できない無症状、軽症認知症や拘禁状態の患者を受入れる。

COVID-19 流行時、重点医療機関・専門病院と一般医療を分離することになった場合、対応は可能かについては、地域毎の状況で差異が考えられることから、A：東京 23 区、政令指定都市、中核市、B：A、C 以外、C：不採算地区、医療資源の少ない地域、過疎地に分けて調査した。A では 91 病院中 29.7%が対応可能と答え、500 床以上の病院では 51.4%、100 床台でも 33.3%が可能という結果であった。B 地区では対応可能が 28.4%、300 床台で 42.9%と最も高く、500 床台 38.1%、200 床台 33.3%であった。C 地区では 21.2%が対応可能と答え、500 床台以上 60.0%、400 床台 54.5%、200 床台 47.4%であった【図表 18】。

図表 18
COVID-19 流行時、重点医療機関・専門病院と一般医療に対応する病院を分離となった場合、重点医療機関・専門病院としての対応可否

注：以下のとおり病院が立地している条件で3つに分類している
 (A) → 東京23区・政令指定都市・中核市に立地する病院
 (B) → A、C以外に立地する病院
 (C) → 不採算地区病院・医療資源の少ない地域・過疎地域に立地する病院

【種類・病床規模別】	(A)				(B)				(C)						
	回答 病院数	対応可		対応困難		回答 病院数	対応可		対応困難		回答 病院数	対応可		対応困難	
全 体	91	27	29.7%	64	70.3%	134	38	28.4%	96	71.6%	208	44	21.2%	164	78.8%
一般病院	84	27	32.1%	57	67.9%	124	38	30.6%	86	69.4%	204	44	21.6%	160	78.4%
99床以下	6	0	0.0%	6	100.0%	2	1	50.0%	1	50.0%	93	7	7.5%	86	92.5%
100床台	6	2	33.3%	4	66.7%	32	3	9.4%	29	90.6%	62	15	24.2%	47	75.8%
200床台	12	2	16.7%	10	83.3%	15	5	33.3%	10	66.7%	19	9	47.4%	10	52.6%
300床台	9	1	11.1%	8	88.9%	35	15	42.9%	20	57.1%	14	4	28.6%	10	71.4%
400床台	14	3	21.4%	11	78.6%	19	6	31.6%	13	68.4%	11	6	54.5%	5	45.5%
500床以上	37	19	51.4%	18	48.6%	21	8	38.1%	13	61.9%	5	3	60.0%	2	40.0%
精神科病院	7	0	0.0%	7	100.0%	10	0	0.0%	10	100.0%	4	0	0.0%	4	100.0%

自由記載欄には、

A 地域：

- ① コロナ専門病院の経営は立ち行かないので、本来はそうすべきではなく、合併症の管理も可能か否かも重要。
- ② 救急・がん診療の拠点で両立が必要なことから、重症者のみ対象とする。3次救急、がん診療を担うため COVID-19 患者も引き受けるが、重点化・専門病院は不可。
- ③ 地域の中核をなす急性期病院で、2次、3次救急や周産期、小児医療、脳神経疾患等を担っており、この機能を維持する責務がある、COVID-19 の診療と一般診療をはっきり分けることで対応したい、これまでもそうして対応してきた。専門化、重点化は難しい。
- ④ 500 床以上の病院で、専門病院化された場合、地域医療圏を超える転院調整が必要で非現実的、地域の医療機能維持の面でも得策ではない。

- ⑤ 流行期は1医療機関のみでは対応不可、地域の基幹病院としての役割を果たす必要もあり、実情に応じた体制構築が必要。

B 地域：

- ① 対応せざるを得ない状況になれば、自治体病院であるため可とするが、医療機関の逼迫度、感染症蔓延の状況、支援・要請内容による。
- ② 対応可能であるが、本来当院が担う急性期医療、がん医療が果たせなくなる。定期通院者の治療継続ができなくなり、救急患者を救命できなくなるうえ、経営上も苦しくなる。自治体病院や公的病院を専門化すると、民間病院や開業医で受け入れが難しい症例や患者の受診できる施設がなくなる。
- ③ 圏域内の感染症指定医療機関が救急の受け入れを止めており、当院はその分を請け負っている、他の医療機関が代替できれば可。
- ④ 当院は様々な診療科目の受け皿となっており、専門病棟等は構造上も限界あり。
- ⑤ 専門病院と一般医療病院とに分けるべきではない、専門病院で院内感染が発症した場合、地域での医療崩壊が生ずる、病院の機能、能力に応じて患者受け入れを行い、リスクを分散すべきで、LAMP 法や抗原診断キットの整備、公的補助が必須。

C 地域：

- ① 医療体制が逼迫すれば対応する必要あり。
- ② 市内唯一の病院であり、専門病院とした場合市民に適切な医療を提供できない。
- ③ 最大限の対応は考えているが、全病床を COVID-19 対応に特化できない。一部病棟を重点医療機関として使用。役割分担が必要。
- ④ 救命救急センターを有しており、どちらか一方に特化できない。
- ⑤ 専門的治療の可能な医師複数名の派遣が必須。

流行時に必要と考える医師は、病床規模によっても異なるが、感染症専門医は現状の1.0～1.8倍、救急科専門医は1.0～2.2倍、麻酔科医は1.0～1.2倍と報告された【図表19】。感染管理認定看護師は1.0～2.0倍、救急看護認定看護師は1.0～2.0倍、臨床検査技師は1.0～1.14倍、臨床工学技士は1.0～1.25倍であった。

図表 19

今後、流行時に必要と考える医師の人数

【種類・病床規模別等】		感染症専門医				救急科専門医				麻酔科医			
		回答 病院数	1病院当たり 現状数 (人)	1病院当たり 必要数 (人)	比率 (倍)	回答 病院数	1病院当たり 現状数 (人)	1病院当たり 必要数 (人)	比率 (倍)	回答 病院数	1病院当たり 現状数 (人)	1病院当たり 必要数 (人)	比率 (倍)
99床以下	未受入	2	1.0	1.5	1.50	0	-	-	-	3	1.0	1.0	1.00
	受入	1	1.0	1.0	1.00	1	1.0	1.0	1.00	1	1.0	1.0	1.00
100床台	未受入	7	1.3	1.6	1.22	2	1.5	2.0	1.33	12	1.0	1.1	1.08
	受入	5	1.4	1.6	1.14	3	1.3	1.3	1.00	10	1.2	1.2	1.00
200床台	未受入	2	2.0	2.5	1.25	0	-	-	-	8	1.1	1.4	1.22
	受入	7	2.4	3.1	1.29	7	1.7	2.0	1.17	17	2.6	2.9	1.11
300床台	未受入	5	1.4	1.4	1.00	2	2.0	2.5	1.25	6	2.8	3.2	1.12
	受入	15	1.5	2.0	1.36	15	1.7	3.8	2.19	26	3.4	3.9	1.15
400床台	未受入	2	1.5	1.5	1.00	5	1.6	2.2	1.38	7	4.3	5.0	1.17
	受入	16	1.3	2.3	1.80	22	3.5	4.3	1.22	28	4.4	5.1	1.17
500床以上	未受入	4	1.3	1.3	1.00	3	7.3	7.3	1.00	6	11.0	11.2	1.02
	受入	33	1.9	2.7	1.44	45	5.0	6.5	1.30	47	8.4	9.2	1.09
精神科病院	未受入	0	-	-	-	0	-	-	-	1	1.0	1.0	1.00
	受入	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-

流行時に1病院で1か月に必要とされる医療材料の量は、一般病院でサージカルマスクが3,450～39,672枚、N95マスクが555～3,012枚、防護服が70～1,580着、ガウンが910～9,185着、フェイスシールドが530～4,893枚、消毒液が26～537Lであった。精神科病院では、順に400～5,888枚、225～864枚、45～966着、400～1,477着、400～1,217枚、27～45Lであった【図表20】。

図表 20

COVID-19 流行時の医療材料等の必要量（1病院当たり1か月分の備蓄量）

【種類・病床規模別等】		サージカルマスク		N95マスク		防護服		ガウン		フェイスシールド		消毒液	
		回答 病院数	1病院当たり 必要量 (枚)	回答 病院数	1病院当たり 必要量 (枚)	回答 病院数	1病院当たり 必要量 (着)	回答 病院数	1病院当たり 必要量 (着)	回答 病院数	1病院当たり 必要量 (枚)	回答 病院数	1病院当たり 必要量 (L)
99床以下	未受入	80	4,451	79	587	65	438	78	910	78	530	78	48
	受入	10	3,450	10	1,046	8	289	10	1,274	10	1,129	10	26
100床台	未受入	68	6,894	65	583	55	387	68	1,010	68	615	66	61
	受入	26	8,168	26	1,179	23	483	26	2,400	26	1,343	24	61
200床台	未受入	18	14,529	16	1,940	13	1,548	17	2,571	17	2,357	17	113
	受入	24	17,990	24	2,083	16	489	24	5,219	24	2,282	23	192
300床台	未受入	12	13,494	12	555	10	344	12	1,731	11	1,050	9	93
	受入	39	18,643	39	1,724	26	1,249	38	5,064	38	2,671	35	132
400床台	未受入	12	22,607	10	891	6	474	10	2,107	10	2,052	12	226
	受入	33	29,140	32	1,248	23	1,534	33	5,414	32	3,312	32	292
500床以上	未受入	5	32,880	5	3,012	2	70	5	3,860	5	2,600	5	246
	受入	56	39,672	56	2,151	31	1,580	56	9,185	54	4,893	53	537
精神科病院	未受入	17	5,888	19	864	15	966	18	1,477	19	1,217	17	27
	受入	1	400	2	225	2	45	1	400	1	400	2	45

医療機器では、人工呼吸器が 1.13～1.25 倍、ECMO が 1.21～3.17 倍、生体情報モニターが 1.06～1.10 倍、輸液ポンプが 1.03～1.10 倍、シリンジポンプが 1.03～1.19 倍、血液浄化装置が 1.02～1.09 倍、陰圧機能付きテントが 1.94～7.00 倍であった。

COVID-19 に対応するための医療施設として、感染症患者専用エリア・専用動線の整備・確保が 395 病院中 71.6% で必要とされ、PPE の備蓄スペースの確保が 47.8%、野外スペース・施設の確保 40.8%、ICU の拡張・整備 19.7%、感染症病室の整備 18.0%、予備病床整備 17.7% であった【図表 21】。

図表 21
COVID-19 に対応するための医療施設の整備状況

【種類・病床規模別】	回答 病院数	感染症患者専用 エリア・専用の 動線の確保	既存施設に重症患者の 受け入れを想定した集 中治療室の拡張等施設 整備	改修を伴う 予備病床の整備	野外スペース・ 施設の確保	感染症患者 専用病棟の新築	感染症に対応する ための病室・ 保護室の改修	PPE等の備蓄 スペースの確保	その他
全 体	395	283 71.6%	78 19.7%	70 17.7%	161 40.8%	11 2.8%	71 18.0%	189 47.8%	40 10.1%
一般病院	375	268 71.5%	77 20.5%	67 17.9%	157 41.9%	11 2.9%	61 16.3%	184 49.1%	38 10.1%
99床以下	83	51 61.4%	4 4.8%	7 8.4%	36 43.4%	1 1.2%	10 12.0%	35 42.2%	8 9.6%
100床台	90	63 70.0%	10 11.1%	22 24.4%	33 36.7%	1 1.1%	17 18.9%	34 37.8%	6 6.7%
200床台	39	28 71.8%	3 7.7%	6 15.4%	16 41.0%	2 5.1%	4 10.3%	23 59.0%	7 17.9%
300床台	54	42 77.8%	21 38.9%	12 22.2%	23 42.6%	3 5.6%	8 14.8%	35 64.8%	7 13.0%
400床台	45	38 84.4%	14 31.1%	11 24.4%	24 53.3%	2 4.4%	13 28.9%	25 55.6%	4 8.9%
500床以上	64	46 71.9%	25 39.1%	9 14.1%	25 39.1%	2 3.1%	9 14.1%	32 50.0%	6 9.4%
精神科病院	20	15 75.0%	1 5.0%	3 15.0%	4 20.0%	0 0.0%	10 50.0%	5 25.0%	2 10.0%

※ 複数回答あり

COVID-19 に対応するために連携が必要と考える機関は、保健所が 91.2% で最も高く、他医療機関 75.3%、都道府県 52.4%、市町村 26.3% であった【図表 22】。

図表 22
COVID-19 に対応するために連携が必要と考える機関等

【種類・病床規模別】	回答 病院数	都道府県 (保健所以外)	市町村 (保健所以外)	保健所	他医療機関	宿泊施設	その他
全 体	445	233 52.4%	117 26.3%	406 91.2%	335 75.3%	64 14.4%	18 4.0%
一般病院	420	216 51.4%	114 27.1%	384 91.4%	315 75.0%	62 14.8%	18 4.3%
99床以下	104	36 34.6%	25 24.0%	88 84.6%	90 86.5%	10 9.6%	4 3.8%
100床台	102	40 39.2%	29 28.4%	94 92.2%	72 70.6%	14 13.7%	3 2.9%
200床台	45	23 51.1%	10 22.2%	44 97.8%	36 80.0%	6 13.3%	3 6.7%
300床台	59	37 62.7%	17 28.8%	55 93.2%	41 69.5%	2 3.4%	3 5.1%
400床台	44	35 79.5%	16 36.4%	40 90.9%	36 81.8%	13 29.5%	3 6.8%
500床以上	66	45 68.2%	17 25.8%	63 95.5%	40 60.6%	17 25.8%	2 3.0%
精神科病院	25	17 68.0%	3 12.0%	22 88.0%	20 80.0%	2 8.0%	0 0.0%

※ 複数回答あり

COVID-19 国内パンデミック第1波においては、病院数で我国の約11%、病床数で約14%を占める自治体病院が、医学的知識、経験に欠け、PPEの不足、医療提供体制が未整備の過酷な状況の中、COVID-19の治療に懸命に当たった。自治体病院は、特定感染症指定医療機関4病院中2病院、第1種感染症指定医療機関55病院中32病院、第2種感染症指定医療機関537病院中266病院を占め、感染症流行発生時の中心的役割を果たすことが求められており、他にも救急、周産期、小児、精神科、高度専門的医療の、いわゆる不採算医療や政策的医療の実施が役割とされている。我が国では医療の効率的運営、経済的問題から、通常の（平時の）医療提供体制において、自治体病院の赤字体質、非効率的体質が問われ、再編・統合・廃止などの論議が長年進められてきた。自治体病院側からは、有事（非常時）に備えた病床機能、政策的医療の確保が不可欠と答えてきたが、今回のCOVID-19パンデミックを経験することによって、有事の際の医療のあり方を真摯に検討する必要性が強く認識されたと思われる。従来5疾病5事業に加え、新型感染症対策を加えた再検討が必要と既に提案されており、昨年9月の地域医療構想WGで、自院のあり方の再検証を要請された424の自治体病院・公的病院等のうち、少なくとも72病院がCOVID-19患者の入院治療に当たったと厚労省から報告されたが、まさに再検証の再検証が必要だと考えさせられる状況だと思っている。

我が国ではSARSやMERSの発生に遭遇せず、1918年のスペイン風邪以来とも言うべき重篤な新興感染症のパンデミックに襲われたために、感染症指定医療機関を含めた多くの医療機関、更には国、都道府県自体が、準備不足、対策不足の状態から始まり、多くの混乱と苦悩に見舞われる結果となった。全自病ではこうした反省のもと、国内COVID-19パンデミック第1波の状況を分析し、課題をまとめて今後への対応を進めるために、会員病院への実態調査を実施した。更に、今後のパンデミックの発生に備え、自治体病院のあり方を検討した。

本アンケート結果からは、多くの課題が見いだされた。

- 1) PPE、医療機器などの他国依存体制の不備→国内生産、流通体制の確立。
- 2) 医療従事者の確保、適正配備、相互支援体制と教育・トレーニング問題。
- 3) 感染症治療に対応する病院の環境整備と、病床確保の問題。PCR等検査体制を充実・整備し、院内感染の防止と医療崩壊の防止策の確立。
- 4) COVID-19疑い患者、産科、小児科、精神科患者の扱いと治療上の課題。
- 5) 基礎疾患を有したり、介護施設からの重症化し易い高齢者患者対応、医療に加え介護を必要とし、人的資源の不足問題。
- 6) 回復後の後遺症対策と転院問題、患者移送体制、死亡時対応の問題。
- 7) 職員の宿泊対策、過酷な精神的、肉体的負荷への対応、誹謗・中傷対策。
- 8) 圏域内での自治体、保健所、医師会等との協議体制。情報の共有、指揮命令系統の強化、無～軽症状者用宿泊施設等の確保、圏域内での他医療機関との機能分担、COVID-19専門病院設置等の課題。

9) G-MIS、HER-SYS の活用と簡便化。

10) 診療報酬や補正予算等による適切な経済的支援・対策。

いずれも容易には解決しない問題を含んでいるが、COVID-19 を克服するには乗り越えなければならないことばかりであり、国、都道府県、市町村等との連携・協議を密に、確実に取り組んでいかなければならないと考えている。

COVID-19 流行時の自治体病院のあり方について、会員病院からの様々な意見を要約すると、

- 1) 行政、地域内の関係者と協議のうえ、自院のあり方、対応を決定するとする病院が 90%以上で、COVID-19 重点化、あるいは必要状況や支援体制によって専門病院化も検討するという意見が多数みられた。
- 2) 圏域内での機能分担が必要で、無症状者、軽症者は宿泊施設を中心、重症化し易い高齢者、介護等を必要とする施設入所者、中等症・重症患者は、重症化対応が可能で人員に比較的余裕のある重点医療機関、大規模病院への収容が望ましい。
- 3) 地域の中核的病院、あるいは専門的病院で、がん、救急、専門科診療など地域に代替する施設が少なく、自院での継続が欠かせない場合は、COVID-19 と一般診療を明確に分けて両立を図るか、専門・一般医療での支援に。
- 4) COVID-19 に対応するために、施設整備、PPE 備蓄体制、人員の増員、適正配置が必要。
- 5) 保健所、他医療機関、都道府県、市町村との情報共有、連携、指揮命令系統の確保が欠かせず、保健所との適切な関係が 90%以上、他医療機関とは 75%以上の病院から、円滑な協力関係の構築が望まれた。

ということに、大略方向付けられるように思われる。

現在 COVID-19 に対する治療方針として、国は国内での予測患者数とそれに対する必要病床数を推計し、それぞれの都道府県が中心となって圏域内で確保するよう指示しており、感染の蔓延状況や時間軸を考慮し、フェーズに応じた即応病床、医療体制の確保を提唱している [3]。その際当然ではあるが、COVID-19 患者に対する医療と、他の疾患患者に対して必要な医療を両立して提供することを必須としている。大阪などでは対応策の一環として、COVID-19 専門病院を設置する方針が進められているが、今回の我々の調査結果では、自治体病院には圏域内で自院が継続して果たさなければならない機能、役割があり、専門病院化することが難しいケースが存在することが報告され、そういう圏域、病院では病床を削減、転換のうえ、重点医療機関、協力医療機関として COVID-19 の診療と一般診療を院内で明確に分離して臨む考え方が示された。一方、自治体病院が専門病院として対応を要請される場合も想定される。大阪などのように住民・行政の強い意向があり、圏域内の医療体制のあり方に関する協議に基づき、自治体病院の専門病院化が要請される場合もあるであろうし、超大型の流行に襲われ、大量の感染者が一時に発生して困窮・パニック化する際などは、自治体病院が今以上に、患者を可能な限り大量に引き受けなければならない事態も発生すると推測される。今後の COVID-19 流行の起き方によってこうした対応の仕方も変わると思われるが、自治体病院としては全力を挙げて取り組む基本的姿勢に変わりなく、できるだけ大流行が起きることなく、国の方針である圏域内の重点医療機関、協力医療機関のフェーズ毎の対応で乗り切れるこ

とを願っている。COVID-19 のような新興・重大感染症への対応は、自治体病院が果たすべき責務の一つであり、様々な規模・機能からなる自治体病院ではあるが、それぞれが自院の役割に応じ病院機能の見直し、改善に努めるとともに、行政、他医療機関と連携し、地域全体での感染対応能力を向上させていく不断の努力が必要と考える。

今回の調査によって、自治体病院は圏域ごと、病院毎の医療体制や、患者発生状況、フェーズ等によって、最も効果的で適切な形で、関係各位との協議に基づき、自治体病院としての役割を果たす意向であることが確認された。自治体病院としての使命のもとに、COVID-19 パンデミック治療に積極的に対応する決意が示され、特に中等症患者や重症患者に加え、重症化しやすく、後遺障害が多発する高齢者・要介護患者を早期から収容して治療に当たるべきという方針と共に、精神科や産科、小児科、疑似症患者等の課題が多い症例に、主体的に対応すべきことが提唱された。しかし、圏域ごとに様々な課題があり、自治体病院としてそれぞれが on going で解決を図らなければならない問題や、我々医療者だけで解決し得ない課題も多い。院内環境・体制の整備や、人員配置・教育・トレーニング等を行いながら、国、都道府県、市町村、保健所、他の医療関係者との協議、改善策の検討を迅速に進める必要が痛感される。COVID-19 治療に当たる病院への負担・課題は大きく、今回の調査で指摘された地域内の情報連絡・指揮命令系統の整備や、医療機関・介護施設との機能分担・連携体制の確立、宿泊施設の確保や、PPE 等のサプライチェーン、PCR 等の検査体制の問題、職員の負担軽減問題等、様々な改善、支援体制の推進が不可欠と言わざるを得ない。全てが未知の状況から始まり混乱した第 1 波に比べ、医療面では着実に前進している現状にはあるが、なお一層の解決を図っていかなければならない。

全自病ではこうした課題に取り組み、少しでも解決・改善に向かうよう検討を進める所存であるが、関係各位のご教示、ご指導をこの場を借りてお願いしたい。また、会員病院各位に対しては、今までの対応に深く感謝を申し上げ、今後の更なる活躍を期待したい。

[文献]

1. 小熊 豊：新型コロナウイルス感染症と自治体病院、日本医師会 COVID-19 有識者会議、2020.6.20、P1-14.
2. 全国自治体病院協議会：新型コロナウイルス感染症に関する病院経営影響度緊急調査結果、日本病院団体協議会第 187 回代表者会議、2020.7.17、東京.
3. 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部：今後の感染拡大を見据えた医療提供体制の整備について、2020.6.19、P1-41.

日本医師会COVID-19有識者会議「COVID-19流行時における自治体病院のあり方 タスクフォース」

令和2年9月3日現在

役職	氏名	役職名	備考
幹部	小熊 豊	砂川市立病院名誉院長	全自病協会長
幹部	上西 紀夫	公立昭和病院長	全自病協東京都支部長
幹部	竹中 賢治	天草市病院事業管理者	全自病協副会長
委員	石原 淳	横浜市立市民病院長	全国公立病院連盟会長
委員	吉田 茂昭	青森県病院事業管理者	全国病院事業管理者協議会会長
委員	北村 立	石川県立高松病院長	全自病協常務理事
委員	山本 恭平	千葉市立青葉病院長	全自病協監事
委員	西口 幸雄	大阪市立十三市民病院長	
委員	伊藤 昭英	市立千歳市民病院長	
委員	伊関 友伸	城西大学経営学部マネジメント総合学科教授	
委員	松井 道宣	京都府医師会長	日本医師会より
委員	菅谷 敏之史	総合病院国保旭中央病院理事兼事務局長	全自病協事務部会副会長
委員	小坂 智恵子	東京都立多摩総合医療センター看護部長	全自病協看護部会長
委員	齋藤 勝彦	富山市立富山市民病院副院長兼病理診断部長	全自病協臨床検査部会長
委員	菊池 雄一	岩手県立胆沢病院 臨床工学技術科主査臨床工学技士	全自病協臨床工学部会長
アドバイザー	笠貫 宏	早稲田大学 特命教授	
アドバイザー	水野 敦志	総務省自治財政局準公営企業室長	
アドバイザー	鈴木 健彦	厚生労働省医政局地域医療計画課長	