

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	新型コロナウイルス感染症と医療提供体制
他言語論題 Title in other language	COVID-19 and the Healthcare System
著者 / 所属 Author(s)	恩田 裕之 (ONDA Hiroyuki) / 国立国会図書館調査及び立法考査局 社会労働課長
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	839
刊行日 Issue Date	2020-12-20
ページ Pages	3-26
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	新型コロナウイルス感染症対策として、国は病床確保支援、感染者の入院療養、宿泊・在宅療養の誘導を行ってきた。各医療機関の役割の明確化、相互連携が必要となっている。

* この記事は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

* 本文中の意見にわたる部分は、筆者の個人的見解です。

新型コロナウイルス感染症と医療提供体制

国立国会図書館 調査及び立法考査局
社会労働課長 恩田 裕之

目 次

はじめに

I 新型コロナウイルス感染症の状況

- 1 新型コロナウイルス感染症の感染報告数
- 2 新型インフルエンザ等対策有識者会議による分析

II 医療提供体制の状況

- 1 新型コロナウイルス感染症に対する入院措置
- 2 感染拡大初期の入院先の確保
- 3 感染拡大初期から緊急事態宣言発出までの病床不足の懸念
- 4 緊急事態宣言発出以降の病床の不足
- 5 宿泊・自宅療養の実施
- 6 院内感染対策

III 医療提供体制の課題

- 1 病床不足問題とこれまでの病床削減政策
- 2 感染症病床の地域偏在
- 3 感染症病床と公的医療機関の在り方
- 4 集中治療室報酬加算・感染症病床空床補償
- 5 経営難の医療機関への支援
- 6 医療機関の連携
- 7 発熱外来
- 8 保健所機能
- 9 新しい受療行動への対応

おわりに

キーワード：医療、感染症、新型コロナウイルス、医療提供体制、病床不足、公的医療機関、保健所、発熱外来

要 旨

- ① 新型コロナウイルスの感染者は我が国でも発生が続いており、終息までの見通しは立っていない。令和2（2020）年8月から9月にかけて減少傾向であった際に、7月末頃がピークであったとの専門家の分析がある。
- ② 政府が同年1月28日に、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止する施策として、感染症法における指定感染症とする政令を定め、新型コロナウイルスの感染者を入院療養とする措置を採った。その後、感染拡大期において、地域によっては病床不足が懸念される状況になった。感染者のうち生命の危機が迫っている重症患者に対して、病床確保が急務となったことから、国と地方自治体は、感染者のうち無症状者・軽症者の入院期間の短縮や、宿泊・自宅療養への誘導を進めた。
- ③ 病床不足が懸念される状況に至った原因としては、感染症病床数に地域差があり、特に新型コロナウイルスの感染が拡大した都市部において、人口当たりの感染症病床が少なかったという背景があった。ほかに、新型コロナウイルス感染症拡大前における、感染症病床の削減や、医療法に定める地域医療計画に盛り込まれる必須5事業の中に感染症対策が明示されていないことが挙げられる。
- ④ 感染症病床は一般病床とは異なり、設備面の要件などがあり、一般病床を感染症患者の療養用途に転換するにはコストがかかる。新型コロナウイルス感染症の場合、集中治療室での人工呼吸器等による医療処置が必要になるケースも見られるが、集中治療室の場合には、設備面に加えて、多数の医療従事者を必要とする。
- ⑤ 新型コロナウイルス感染症に対して、国は病床確保を行った医療機関への補助を行うなどしてきた。また、患者の受診控えが見られるようになり、医療機関の収益が悪化する事態が生じ、国が支援を実施している。
- ⑥ 限りある病床を有効に活用し、医療機関ごとの役割を明確化し、相互の連携が求められる。今冬におけるインフルエンザとの同時流行に備えて、国が発熱時における患者の医療機関のかかり方をまとめているが、国民が混乱しないような対策が求められる。

はじめに

新型コロナウイルス感染症は、令和2（2020）年1月16日に厚生労働省が最初の日本人の感染を報告してから、我が国でも感染者が発生する状況が続いている。国は同年1月28日に、新型コロナウイルス感染症を、「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（平成10年法律第114号。以下「感染症法」）における指定感染症とする政令（令和2年政令第11号）を制定し、患者に対して入院の勧告等の措置を採るなどし、また同年4月7日に「新型コロナウイルス等対策特別措置法」（平成24年法律第31号。以下「特措法」）に基づく緊急事態宣言⁽¹⁾を行い、感染症拡大を防止する対策を取ってきた。

その後、患者数の増加に伴い、医療機関に入院する感染者が急増することで、医療機関における病床不足が懸念されるようになってきた。国や地方自治体は、病床不足に対応するため、新たに感染者用病床を確保するとともに、無症状感染者（症状のない感染者）等をホテルや自宅で療養するよう、医療機関以外への誘導を進めてきた。

これまでに我が国における感染報告例が10万件を超え、完全な終息までの見込みは立っていない状況であり、今後の感染者の急増への備えが必要である。本稿では、病床確保を中心とした医療提供体制に関する同年11月中旬までの経緯と今後の課題をまとめる。

I 新型コロナウイルス感染症の状況

1 新型コロナウイルス感染症の感染報告数

我が国において、新型コロナウイルス感染症の感染報告数（検査陽性数）は、100,762例（令和2（2020）年10月31日時点）となっている。同年8月7日に1日の感染者数が1,595例に達し、その後は減少に転じた（図1）。

また、感染動向の指標とされる実効再生産数⁽²⁾は、同年4月3日に2.27に達し、同年6～7月に再び2に近い値になったが、同年8月以降は1前後での推移が続いていた（図1）。

2 新型コロナウイルス等対策有識者会議による分析

特措法第6条第5項の定めにより、政府の「新型コロナウイルス等対策閣僚会議」の下に「新型コロナウイルス等対策有識者会議」が設置されており⁽³⁾、令和2（2020）年7月6日以降、同有識者会議は、「新型コロナウイルス感染症対策分科会」（以下「コロナ対策分科会」）を開

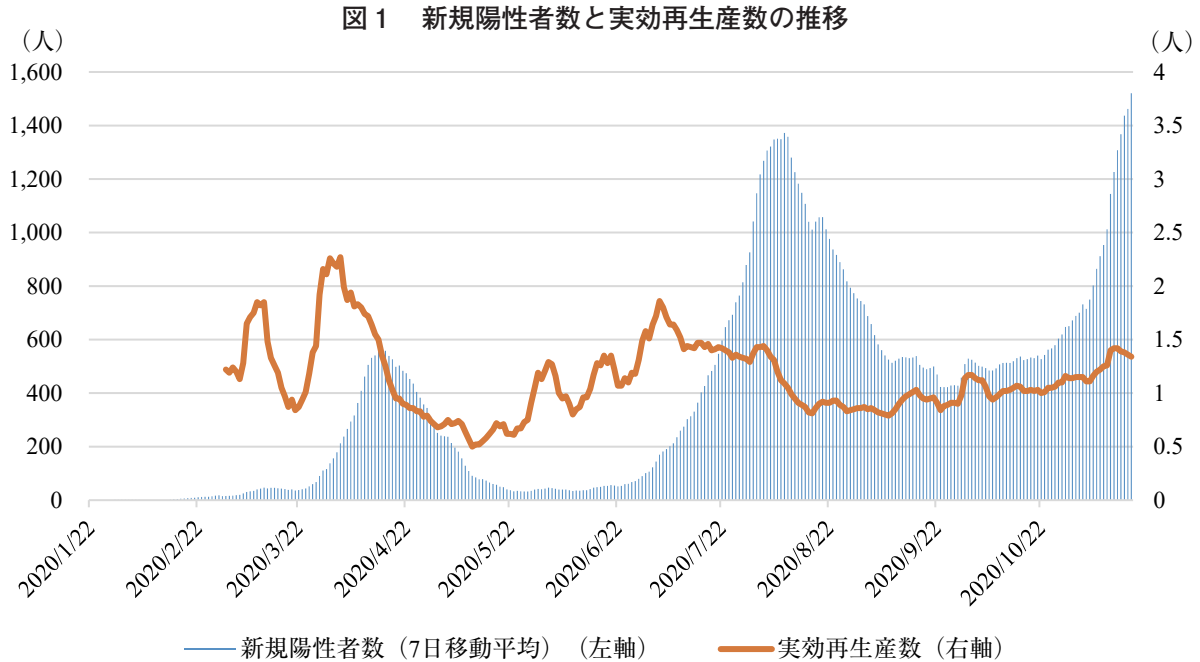
* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、令和2（2020）年11月19日である。

(1) 令和2（2020）年4月7日に特措法に基づく緊急事態宣言が行われ、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、兵庫県及び福岡県が対象となり、同年4月16日には全国に拡大された。これにより、不要不急の外出の自粛や店舗の休業要請等が呼び掛けられることとなった。

(2) 感染症の流行が進行中の集団のある時刻における、1人の感染者が生み出した二次感染者数の平均値のこと（新型コロナウイルス感染症対策専門家会議「新型コロナウイルス感染症対策の状況分析・提言」2020.4.1, p.2. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000617992.pdf>>）。

(3) 新型コロナウイルス等対策閣僚会議決定（平成24年8月3日）により設置され、令和2（2020）年7月3日には、一部改正がなされ、「新型コロナウイルス感染症対策分科会」の開催が決定した（「新型コロナウイルス等対策有識者会議の開催について」2020.7.3. 内閣官房ホームページ <<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/yusikisyakai/gi/konkyo.pdf>>）。

催し、感染動向のモニタリングや、医療提供体制の強化などについて審議を行っている⁽⁴⁾。コロナ対策分科会（第9回：9月11日開催）では、感染者数は同年8月から減少傾向に転じており、同年7月末がピークになっているように見えると感染状況を評価している⁽⁵⁾。



（注）武漢からの政府チャーター便帰国者、空港検疫、及び神奈川県に停泊したクルーズ船の乗客・乗員は除く。「新規陽性者数」は当該日に検査結果が陽性だった人数を移動平均で示した。移動平均は後方7日移動平均値（その日を含み過去7日分の平均値）。

（出典）「新型コロナウイルス 国内感染の状況」『東洋経済 ONLINE』 <<https://toyokeizai.net/sp/visual/tko/covid19/>> を基に筆者作成。

令和2（2020）年5月（5月31日の直近1か月）の死亡者数は約480人（感染者数約2,500人）であったのに対して、同年8月（8月30日の直近1か月）の死亡者数は約270人（感染者数約33,000人）となっており、コロナ対策分科会（第6回：8月21日開催）において、死亡者が減少していること⁽⁶⁾が取り上げられている⁽⁷⁾。さらに、重症者数の状況については、同年7月上旬以降増加傾向が続いていたが、同年8月下旬以降減少傾向となっているとの見解をまとめている⁽⁸⁾。入院患者約6,100人の分析結果によると、入院時に重症の場合、同年6月5日までの死亡割合は19%であったのに対し、同年6月6日以降は10%に下がり、年代別に見ても

(4) 新型コロナウイルス感染症対策分科会の主な審議事項には、以下の3点が挙げられている。(1) 感染動向のモニタリング、(2) ワクチン接種のあり方、接種の優先順位、(3) 「次の波対策」を含めた今後の新型コロナウイルス感染症対策（「新型コロナウイルス感染症対策分科会の設置について」（新型コロナウイルス感染症対策分科会（第1回）資料1）2020.7.6. 内閣官房ホームページ <<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/bunkakai/corona1.pdf>>）

(5) 「直近の感染状況等」（新型コロナウイルス感染症対策分科会（第9回）資料1）2020.9.11. 同上 <<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/bunkakai/corona9.pdf>>

(6) 東京都の事例を挙げ、7月上旬の死亡者がゼロであったことが取り上げられている。

(7) 「新型コロナウイルス感染症対策分科会（第2回）」2020.7.16. 内閣官房ホームページ <<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/bunkakai/corona2.pdf>> また、令和2（2020）年8月において、同年5月の死亡者と比較して少ないのは、若い人の感染が多いことや、高齢者施設のクラスターの発生が抑えられていることなどがその要因と考えられている（「新型コロナウイルスの感染状況の推移」『毎日新聞』2020.9.7.）。同年3～5月の流行では、感染拡大のピークを過ぎてから病院や高齢者施設での感染が多発し、6月下旬以降の流行では、感染予防や感染拡大防止に向けた早期検知、早期対応が進んだこともあり、首都圏などでは「大規模な」院内・施設内感染の発生は減少していると分析されている（「直近の感染状況等」前掲注(5)）。

(8) 重症者数は、8月26日時点で前週から横ばいの333人だったが、9月2日時点では324人に減少した。

全ての年代において低下傾向にあった⁽⁹⁾。

コロナ対策分科会では、令和2（2020）年7～8月時点では、「入院者数は依然として高い水準」であり、「受入確保病床に対する割合も同様」と分析を行っていたが、9月時点では、「入院者数は減少傾向」であり、受入確保病床に対する割合も同様であるが、一部地域ではやや高水準と分析している（表1）。

表1 新型コロナウイルス感染症対策分科会による感染状況・医療提供体制の分析（令和2（2020）年）

回次	開催月日	主な分析内容
1	7月6日	東京都及びその隣県を中心に感染拡大の傾向が見られるなど懸念すべき状況が生じている。首都圏だけではなくほかの地域に広がってきている。
2	7月16日	東京都について医療提供体制に余力があるものの更に強化が必要。陽性者が増える場合に備え、病床数とホテル等の宿泊療養施設の確保が重要。
3	7月22日	新規感染者数は全国的に継続して増加傾向にある。入院者数は増加しており、受入可能病床に対する割合も増加している。重症者数は、現時点では少ない状況にあるが、少しずつ増えている。
4	7月31日	新規感染者数は全国的に増加傾向であり、一部地域では感染拡大のスピードが増している。入院者数は増加しており、受入可能病床に対する割合も増加している。
5	8月7日	新規感染者数は全国的に増加傾向であり、一部地域では急速に感染が拡大している。入院者数は増加しており、受入確保病床に対する割合も増加している。重症者数は、現時点では少ない状況にあるが、少しずつ増えている。
6	8月21日	実効再生産数が8月初旬に1を下回った。ただし、検査頻度減少の影響は除外できず、1に近いことから、「遷延」「再拡大」の可能性はある。
7	8月24日	全国の発症時点で見た感染状況は、7月末がピークになっているように見え、主要都市の実効再生産数は、足元で1を下回っている。入院者数は依然として高い水準が続いている。受入確保病床に対する割合も同様であり、特に一部地域では増加が続き、高水準となっている。重症者数は7月上旬以降増加傾向にあるが、4月頃のピークには達していない。
8	9月4日	全国の発症時点で見た感染状況は、7月末がピークになっているように見え、主要都市の実効再生産数は、足元で1を下回っている。入院者数はやや減少傾向となったが、引き続き高い水準が続いている。
9	9月11日	全国の発症時点で見た感染状況は、7月末がピークになっているように見え、東京、大阪、愛知、福岡、沖縄などの実効再生産数は、足元で1を下回っている。入院者数は減少傾向となっている。受入確保病床に対する割合も同様であるが、一部地域ではやや高水準となっている。

(9) 「重症 8月末から減少」『読売新聞』2020.9.11. さらに、令和2（2020）年8月に入り、感染者数に占める中高年層の割合は上昇傾向となり、同年3～5月と比べれば低いものの同年6～7月と比較すると高い水準で推移している。その一方で、重症者の状況については、7月上旬以降増加傾向が続いていたが、同年8月下旬以降減少傾向となっていると分析されている。ただし、高齢者の致死率はほぼ変わらないとする推計もある（「コロナ感染「緩やかに減少」」『朝日新聞』2020.9.3.）。

10	9月25日	全国の発症時点で見た感染状況は、7月末をピークに減少に転じたが、その傾向に鈍化が見られる。8月最終週以降、東京、大阪、愛知の実効再生産数は、1を挟んで前後しており、全国的にも直近で1に近い水準となっている。入院者数は減少傾向となっている。受入確保病床に対する割合も同様であるが、一部地域ではやや高水準となっている。
11	10月15日	9月末頃から新規感染者数が増加している地域がある。8月最終週以降、東京、大阪、北海道、沖縄の実効再生産数は1を挟んで前後しており、全国的に見ても直近で1を上回る水準となっている。入院者数は減少傾向となっている。受入確保病床に対する割合も同様であるが、一部地域ではやや高水準となっている。
12	10月23日	8月第1週をピークとして新規感染者数の減少が続いた後、ほぼ横ばいから微増傾向となっている。実効再生産数は、東京、大阪、北海道、沖縄などで1を挟んで前後しており、直近1週間の平均は1を超える地域が多い。入院者数は、8月下旬以降減少傾向となっていたが、直近では増加に転じている。受入確保病床に対する割合は横ばいとなっているが、一部地域ではやや高水準となっている。
13	10月29日	8月第1週をピークとして減少が続いた後、ほぼ横ばいであったが、10月以降微増傾向が続いている。実効再生産数は、東京、大阪、北海道、沖縄などで1を挟んで前後しており、全国的には1をわずかに超える水準が続いている。入院者数は、8月下旬以降減少傾向となっていたが、直近では横ばい傾向となっている。受入確保病床に対する割合は横ばいとなっているが、一部地域ではやや高水準となっている。
14	11月9日	医療提供体制への負荷を過大にしないためにも、可及的速やかに感染を減少方向に向かわせる必要があると提言。
15	11月12日	8月第1週をピークとして減少が続いた後、ほぼ横ばいであったが、10月以降増加傾向となり、11月以降その傾向が強まっている。実効再生産数は、全国的には1を超える水準が続いている。入院者数、重症者数は10月末から上昇に転じているとともに、一部地域では、病床占有率が高まってきている。

(出典)「新型コロナウイルス等対策有識者会議」内閣官房ホームページ <<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/yusiki-syakaigi.html>> に提出された資料及び議事内容(同会議での構成員による発言)を基に筆者作成。

II 医療提供体制の状況

1 新型コロナウイルス感染症に対する入院措置

我が国では、政府が令和2(2020)年1月28日に、新型コロナウイルス感染症を、感染症法における指定感染症とする政令(令和2年政令第11号。以下「1月28日政令」)を制定し、感染症法第19条の規定により、都道府県知事は感染者に対して、特定感染症指定医療機関又は第一種感染症指定医療機関⁽¹⁰⁾に入院することを勧告できることとなり、基本的には、感染

(10) 「特定感染症指定医療機関」とは、感染症法第6条第13項に定める医療機関のことで、「新感染症の所見がある者又は一類感染症、二類感染症若しくは新型コロナウイルス等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として厚生労働大臣が指定した病院」のこと。「第一種感染症指定医療機関」とは感染症法第16条第14項に定める医療機関のことで、「一類感染症、二類感染症又は新型コロナウイルス等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として都道府県知事が指定した病院」のこと。平成31(2019)年4月時点で、全国で特定感染症指定医療機関は4医療機関(10床)、第一種感染症指定医療機関は55医療機関(103床)が指定されている。「感染症指定医療機関の指定状況(平成31年4月1日現在)」厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekaku-kansenshou15/02-02.html>>

者はこれらの医療機関に搬送され、入院することとなった⁽¹¹⁾。また、1月28日政令では、入院の勧告・措置のほか、積極的疫学調査の実施、就業制限、無症状病原体保有者（症状のない感染者）への制限等の適用、なども含まれていた。

2 感染拡大初期の入院先の確保

入院先の確保に当たって最初に大きな問題となったのが、横浜港沖で停泊し、令和2（2020）年2月5日に乗船客の一部が新型コロナウイルスに感染していたことが判明したクルーズ船「ダイヤモンド・プリンセス号」の事例である。当時、神奈川県内の指定医療機関は、第二種感染症指定医療機関⁽¹²⁾を含めても8病院74床であったことから、短期間のうちに病床が不足することが懸念されるとともに、通常の診療にも影響が出ると表明する医療機関もあった⁽¹³⁾。

病床には複数の種別が存在するが（表2）、厚生労働省は自治体に対して「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月9日事務連絡）を発出し、暫定的な対応として、感染症指定医療機関⁽¹⁴⁾における感染症病床以外に感染者を入院させること、又は感染症指定医療機関以外の医療機関に入院させることを認め、入院先の確保を行うこととした。同年2月中旬には、船内から1日当たり100人近い感染者が出ることもあったが、広域搬送先を宮城県から大阪府まで15都府県に広げ、軽症者を数十人単位で受け入れる病院も出るなどし、この時点での医療崩壊は避けられたと報じられている⁽¹⁵⁾。

一方で、一般病床を感染症病床として転用する場合、機材・設備が必要となることから（表3）、全国知事会・市長会は同年4月8日に緊急提言を出し、国に対して「必要な資機材や設備の導入及び医療従事者の増員等に要する経費について、十分な財政措置を講じること」を訴えていた⁽¹⁶⁾。

(11) 厚生労働省健康局結核感染症課「新型コロナウイルス感染症患者等の入院病床の確保について（依頼）」（令和2年2月9日事務連絡）〈<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000593853.pdf>〉

(12) 「第二種感染症指定医療機関」とは、感染症法第6条第15項に定める医療機関のことで、「二類感染症若しくは新型インフルエンザ等感染症の患者の入院を担当させる医療機関として厚生労働大臣が指定した病院」のこと。感染症法第19条では、「緊急その他やむを得ない理由があるときは、特定感染症指定医療機関若しくは第一種感染症指定医療機関以外の病院若しくは診療所であって当該都道府県知事が適当と認めるものに入院し、又は当該患者を入院させるべきことを勧告することができる」と定められ、令和2（2020）年2月時点で、新型コロナウイルス感染症の感染者を第二種感染症指定医療機関にも搬送し、入院させることが想定されていた。

(13) 「「これから地獄か」クルーズ船から始まった戦後最大の医療危機」『西日本新聞』2020.6.22. 〈<https://www.nishinippon.co.jp/item/n/619050/>〉

(14) 「感染症指定医療機関」とは、感染症法第6条第12項に定める医療機関のことで、特定感染症指定医療機関、第一種感染症指定医療機関、第二種感染症指定医療機関及び結核指定医療機関のこと。

(15) 「「これから地獄か」クルーズ船から始まった戦後最大の医療危機」前掲注(13) また、神奈川県では、医療物資がない中で分散対応をしていると、感染が広がって使えなくなる病院が出てくるとして、中等症向けの病院に多くの患者が入院できるようにし、症状が悪化した人を集中治療室のある高度医療機関に搬送するというモデルが構築された（橋本誠司「コロナ対応の医療体制「神奈川モデル」データ戦略家、医療者、政治家の合作—畑中洋亮・県医療危機対策特別顧問に聞く—」『厚生福祉』6594号、2020.9.11, pp.10-14.）。救急医療を複数の小規模施設で受けることの危険性は、他の文献でも指摘されている（松田晋哉「新型コロナウイルス感染症と地域医療構想」『社会保険旬報』2794号、2020.9.1, pp.21-22.）。

(16) 「感染症病床への転用経費は国で財政措置—全国市長会の緊急提言—」『週刊国保実務』3207号、2020.4.20, pp.10-11.

表2 病床の種別と定義

種別	病床の定義
一般病床	療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床
療養病床	主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床
精神病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床
感染症病床	一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症の患者、新感染症の所見のある者を入院させるための病床
結核病床	結核の患者を入院させるための病床

(出典) 医療法(昭和23年法律第205号)第7条第2項の規定を基に筆者作成。

表3 病床種別と主な基準(人員、施設・設備、病室面積)

種別	人員基準 ^(注1)	施設・設備基準	病室面積等の基準
一般病床	医師 16:1 看護師 3:1	診察室、処置室、手術室、臨床検査施設、調剤室、給食施設、消毒施設、洗濯施設等	1人当たり 6.4m ² 以上 廊下幅(片側居室 1.8m、両側居室 2.1m)
療養病床	医師 48:1 看護師 4:1 看護補助者 4:1	一般病床の基準に加え、機能訓練室、談話室、食堂、浴室等	1人当たり 6.4m ² 以上 廊下幅(片側居室 1.8m、両側居室 2.7m)
精神病床	医師 48:1 看護師 4:1	一般病床の基準に加え、精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設	療養病床に同じ
感染症病床	医師 16:1 看護師 3:1	一般病床の基準に加え、機械換気設備、感染予防のための遮断施設・消毒施設	一般病床に同じ
結核病床	医師 16:1 看護師 4:1	一般病床の基準に加え、機械換気設備、感染予防のための遮断施設・消毒施設	一般病床に同じ

(注)「人員基準」とは、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第19条第1項において定められる、病院に置くべき医師の員数の標準、及び同規則第19条第2項において定められる、都道府県が条例を定めるに当たって従うべき看護師数として示される員数のこと。なお、入院患者に対して必要な医療従事者数を記載(例えば、「医師 16:1」とは16床に対して1人の医師を配置することであり、算定のための医師数は常勤医師数(又は換算した数))し、外来患者数に対して必要な医療従事者数については省略した。

(出典) 医療法第21条; 医療法施行規則第16条及び第19条; 医療情報科学研究所編『公衆衛生がみえる』メディックメディア, 2018, p.131; 「病院の病床種別ごとの主な基準」鹿児島県ホームページ <https://www.pref.kagoshima.jp/ae01/kenko-fukushi/kenko-iryu/kikan/imu/documents/53342_20161202111449-1.pdf> を基に筆者作成。

3 感染拡大初期から緊急事態宣言発出までの病床不足の懸念

令和2(2020)年2月から3月上旬にかけて、検査陽性者が増加し(図1)、病床不足等の医療提供体制に懸念が生じる事態が見られるようになったことから、厚生労働省は、同年3月6日に「国内で患者数が大幅に増えたときに備えた医療提供体制の確保について」⁽¹⁷⁾を発出し、

(17) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルスの患者数が大幅に増えたときに備えた医療提供体制等の検討について(依頼)」(令和2年3月6日事務連絡) <<https://www.mhlw.go.jp/content/000605276.pdf>> の別添書類。

ピーク時における患者数・重症患者⁽¹⁸⁾数等を予測⁽¹⁹⁾するための計算式を公表し、各都道府県に対して、新型コロナウイルス感染症患者の医療需要の目安とするよう依頼した⁽²⁰⁾。

さらに、国は、1月28日政令の内容を強化する同政令の改正政令（令和2年政令第60号。令和2年3月27日施行）によって、対応内容に、外出自粛等の要請、建物の立入制限・封鎖、交通の制限、健康状態の報告も含むこととなった。感染拡大初期から、一定数の無症状病原体保有者が存在して感染拡大の原因となっていると見られていたことから、無症状病原体保有者にも感染患者と同様に入院の勧告・措置を行っていたが、病床不足の懸念から、感染者が自宅で療養する場合に、感染者が自宅等から外出しないよう要請できることを定めたものであった⁽²¹⁾。

4 緊急事態宣言発出以降の病床の不足

(1) 病床利用率の推移

令和2（2020）年4月28日時点で、検査陽性者数（退院者等を除く。）が8,711人に達し、同年5月1日時点で、全国で入院患者受入確保病床⁽²²⁾として16,081床確保されている状態であった（図2）。同時期に、一部の都道府県では、入院患者受入確保病床に対する入院者数の割合が50%を超える事態となり⁽²³⁾、同日に厚生労働省は、「新型コロナウイルス感染症入院患者受入病床数等」を公表し、感染ピーク時に新型コロナウイルス感染症患者が利用する病床数（入院患者受入確保想定病床数の見込み）を、31,077床とした⁽²⁴⁾。この件に関して、当時の加

(18) 「重症」はICUに入室又は人工呼吸器が必要な状態。「中等症」は、飽和酸素度（SpO₂）が、96%未満（93% < SpO₂ < 96%が「中等症Ⅰ」、SpO₂ ≤ 93%が「中等症Ⅱ」）の状態、酸素投与が必要であったり（中等症Ⅱ）、息切れ・肺炎所見があったりするもの（中等症Ⅰ）。「軽症」はSpO₂が96%以上で、呼吸器症状がないもの。「新型コロナウイルス感染症 COVID-19 診療の手引き 第2.2版」2020.7, pp.20-27. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/000650160.pdf>> なお、「飽和酸素度」とは、心臓から全身に運ばれる血液（動脈血）の中を流れている赤血球に含まれるヘモグロビンの何%に酸素が結合しているか、皮膚を通して（経皮的に）調べた値。一般的に96～99%が標準値とされる。「パルスオキシメータとはどのようなものですか？」2017.2.3. 日本呼吸器学会ホームページ <https://www.jrs.or.jp/modules/citizen/index.php?content_id=139>

(19) 1日当たり新たに新型コロナウイルス感染症を疑って外来を受診する患者数、入院治療が必要な患者数、重症者として治療が必要な患者数を、地域の高齢化率などを基にして予測するもの（「新型コロナウイルス感染症の医療提供体制確保のための新たな流行シナリオ」（新型コロナウイルス感染症対策専門家会議（第17回）資料1）2020.6.19. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/000641703.pdf>>）。

(20) 当時、ピーク時の患者数を以下の計算式のように、見込んでいた。

- ① ピーク時の1日当たり新たに新型コロナウイルス感染症を疑って外来を受診する患者数
(0-14歳人口) × 0.18/100 + (15-64歳人口) × 0.29/100 + (65歳以上人口) × 0.51/100
- ② ピーク時の1日当たり新型コロナウイルス感染症で入院治療が必要な患者数
(0-14歳人口) × 0.05/100 + (15-64歳人口) × 0.02/100 + (65歳以上人口) × 0.56/100
- ③ ピーク時の1日当たり新型コロナウイルス感染症で重症者として治療が必要な患者数
(0-14歳人口) × 0.002/100 + (15-64歳人口) × 0.001/100 + (65歳以上人口) × 0.018/100

各都道府県では、この計算式を参考に、想定患者数を設定したが、その設定には高低の差が見られた（曾我謙悟「保健・医療体制、コロナ対応の47都道府県格差」『中央公論』134(8), 2020.8, pp.52-61.）。

(21) 感染症法第44条の3第3項では「都道府県知事は、新型インフルエンザ等感染症のまん延を防止するため必要があると認めるときは、厚生労働省令で定めるところにより、前項の規定により報告を求めた者（当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者）に対し、同項の規定により定めた期間内（当該感染症の潜伏期間を考慮して定めた期間内）において、当該者の居宅又はこれに相当する場所から外出しないことその他の当該感染症の感染の防止に必要な協力を求めることができる。」（（）は筆者補記）と定めており、令和2年政令第60号は、新型コロナウイルス感染症に対してもこの定めを適用するものである。

(22) 自治体が入院患者用に確保している病床のことで、検査陽性者の入院等によって使用されている病床数を含む。

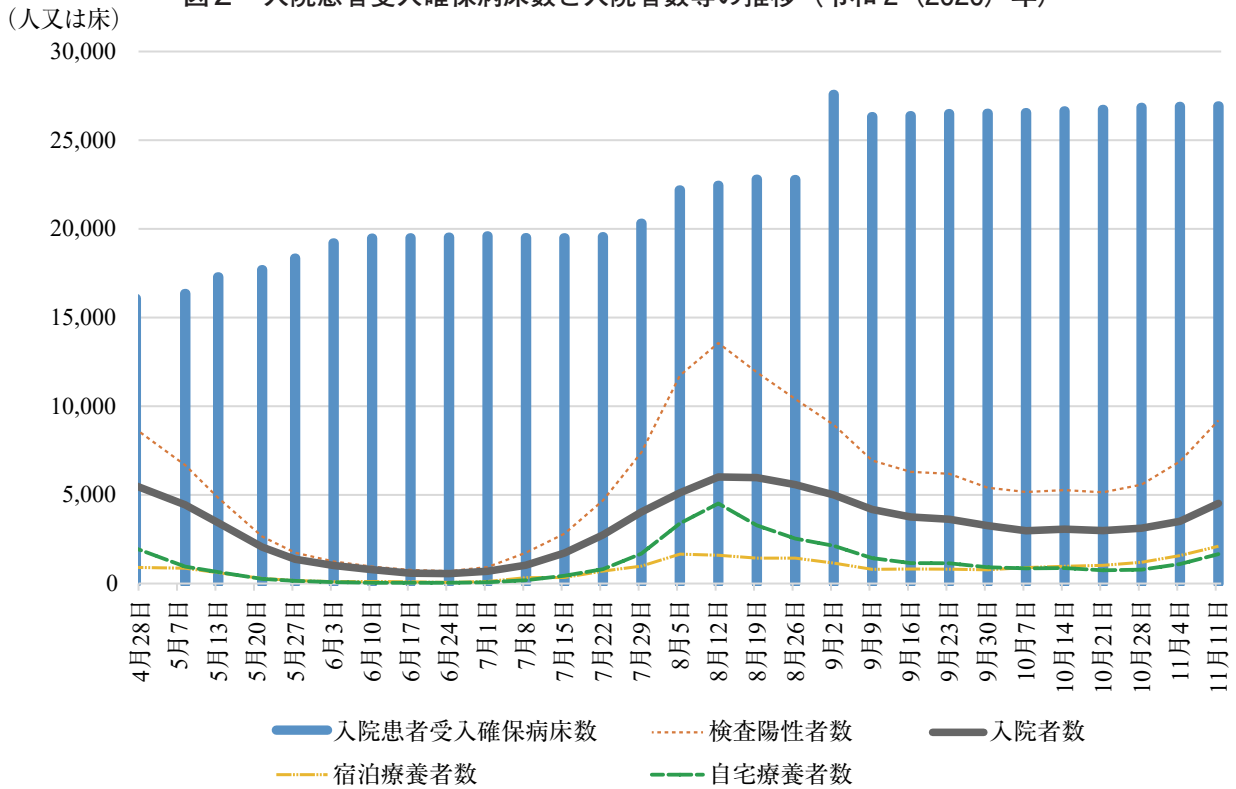
(23) 竹内優平「新型コロナウイルス感染症の状況—感染拡大防止に向けた経緯と課題—」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』1099号, 2020.6.15, p.9. <https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11502549_po_1099.pdf?contentNo=1>

(24) 「新型コロナウイルス感染症入院患者受入病床数等」2020.5.1（2020.6.2修正）. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000633756.pdf>>

藤勝信厚生労働大臣は、「医療機関と調整の上確保する見込みが約三万一千床、それから既に医療機関と個別の病床の割当ての調整を行っているのは約一万四千床」と国会で答弁を行っている⁽²⁵⁾。

結果的には、必要となる病床数は予測を下回る状況⁽²⁶⁾で、厚生労働省による報告のうち、全国で入院者数が最も多かったのは、同年8月12日で6,009人であった（同時期の入院患者受入確保病床は22,457床）。コロナ対策分科会（第7回：8月24日開催）では、同年8月19日における5都県の入院患者受入確保病床に対する入院者の割合が高水準になっている（東京都50.5%、愛知県44.5%、大阪府44.6%、福岡県63.1%、沖縄県84.7%）と分析し、病床の拡充や宿泊療養施設の確保など、十分な医療提供体制を確保していく必要があるとともに、宿泊療養による対応が難しい場合等においては、軽症・無症状感染者で重症化リスクの低い患者が自宅療養を適切に受けられる体制（体調悪化への対応、食事対応等を含む。）を検討・整備すべきと提言している⁽²⁷⁾。

図2 入院患者受入確保病床数と入院者数等の推移（令和2（2020）年）



(注) 「検査陽性者数」は、当該日の前日の検査陽性者数に対して、当該日に検査で新規に陽性となった人数を加算し、当該日に退院基準（2回連続でPCR検査での陰性が確認されるなど）を満たして退院した人数、解除基準を満たして宿泊療養・自宅療養・社会福祉施設等療養を解除された人数及び死亡者数を減算した数。

(出典) 「療養状況等及び入院患者受入病床数等に関する調査について」厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/newpage_00023.html> を基に筆者作成。

⁽²⁵⁾ 第201回国会衆議院厚生労働委員会議録第12号 令和2年5月13日 p.7.

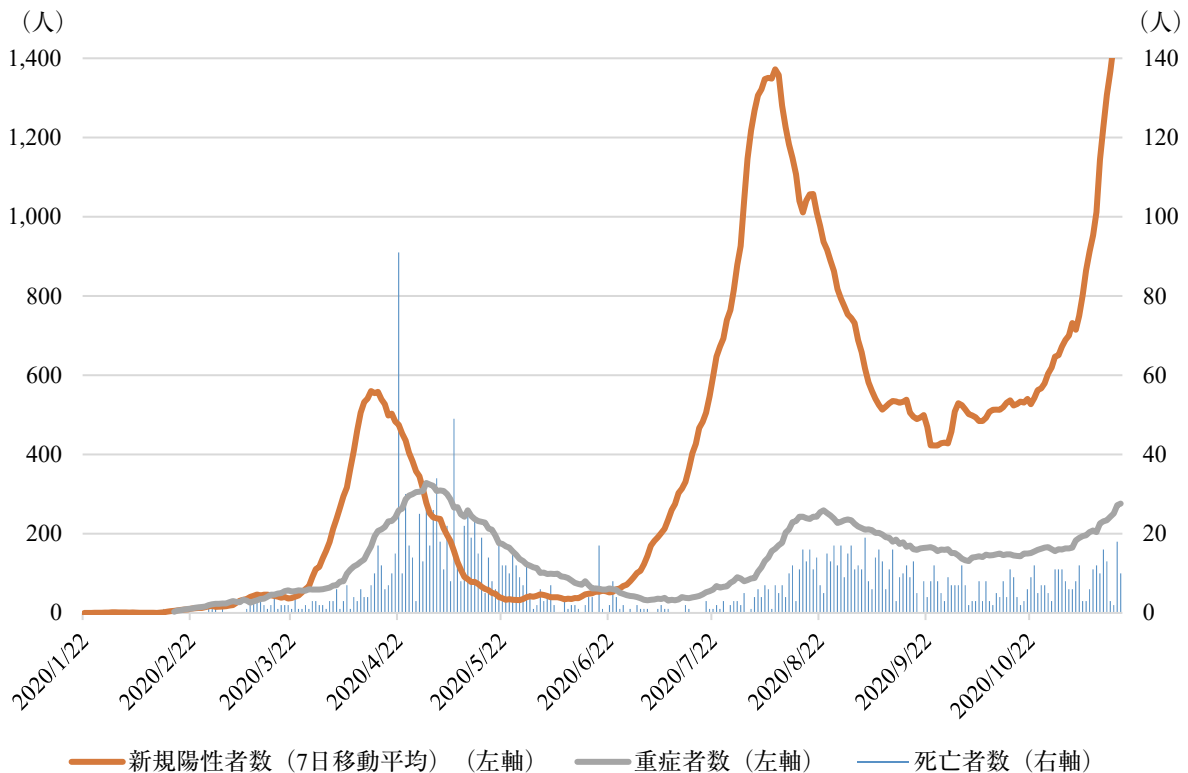
⁽²⁶⁾ 全国で合計した場合に下回る状況であったが、都道府県によって逼迫状況の厳しいところもあった。

⁽²⁷⁾ 「新型コロナウイルス感染症対策分科会（第7回）」2020.8.24. 内閣官房ホームページ <<https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/ful/bunkakai/corona7.pdf>>

(2) 重症患者の推移

重症患者の場合、患者が生命の危機に直面しており、宿泊療養や自宅療養が適さないことから、重症患者が療養できる病床を確保することは、新型コロナウイルス感染症の死亡者の発生の有無に大きな影響を与える。我が国で人工呼吸器が必要な重症患者の数が最も多かったのは、312名（令和2（2020）年4月26日）で、同年7月以降に限ると、202名（同年8月22～23日）であった（図3）。同様に体外式膜型人工肺（ECMO）が必要である重症患者については、62名（同年4月27日）で、同年7月以降に限ると、30名（同年9月2日）であった⁽²⁸⁾。人工呼吸器やECMOを使用する場合や、集中治療室（Intensive Care Unit: ICU）やハイケアユニット（High Care Unit: HCU）⁽²⁹⁾で治療に当たる場合、手厚い医療スタッフのケアが必要になり、入院してから回復するまでには非常に長い期間がかかることと併せて、その間の多くの医療資源が

図3 検査陽性者数・重症者数・死亡者数の推移（令和2（2020）年）



(注) 武漢からの政府チャーター便帰国者、空港検疫、及び神奈川県に停泊したクルーズ船の乗客・乗員は除く。「重症者数」は当該日に重症な状態で療養していた人の数。なお、重症者の基準については、都道府県によって異なっている時期があり、社会問題化したのが、ここでは、これを区別せずに計上した（『コロナ「重症者」からICU患者除外 都の定義 国とズレ』『日本経済新聞』2020.8.20.）。

(出典) 「新型コロナウイルス 国内感染の状況」『東洋経済 ONLINE』 <<https://toyokeizai.net/sp/visual/tko/covid19/>> を基に筆者作成。

⁽²⁸⁾ 「日本 COVID-19 対策 ECMOnet COVID-19 重症患者状況の集計」日本 COVID-19 対策 ECMOnet ホームページ <<https://crisis.ecmonet.jp/>>

⁽²⁹⁾ 集中治療室、ハイケアユニットは、一般病棟での治療が困難な重症患者を集中的に治療する病床。ハイケアユニットはICUよりもやや重症度の低い患者を受け入れる病床。東条正美「ICU・HCUの診療報酬と新型コロナ」『厚生福祉』6586号、2020.8.7, pp.2-7.

必要になるとされている（表4）⁽³⁰⁾。重症患者を受け入れる病床が確保されているとしていた自治体でも、実際には人手が不足しているなどの理由により、受け入れることができずに隣接する自治体に重症患者を搬送するという実態もあった⁽³¹⁾。コロナ対策分科会（第7回：8月24日開催）では、重症者数の分析がなされており、同年8月19日の時点で、同年4月頃のピークには達していないが、同年7月上旬以降増加しており、重症者受入確保病床数に対する割合も増加傾向にある（東京都10.3%、愛知県21.4%、大阪府34.6%、福岡県36.7%、沖縄県29.8%）としている。また、この時点で、感染者の増加に対して、重症患者数の増加が緩やかな点に触れ、治療法の標準化が一定の効果を上げている可能性も考えられるとしながらも重症者数の推移を監視していく必要があると提言している⁽³²⁾。

表4 ICU・HCUの看護配置・施設基準等

病床の種類	看護配置	施設基準等
ICU	2:1	1床あたり20㎡以上。人工呼吸器などの救急蘇生装置を常時配備。バイオクリーンルーム。専任の医師が常時勤務、専任の専門性の高い常勤看護師が治療室内に週20時間以上、専任の臨床工学技士が常時院内に勤務。
HCU	4:1	専任の常勤医師が常時勤務。「ハイケアユニット用の重症度、医療・看護必要度に係る評価票」（項目の例：人工呼吸器の装着、ECMOの必要性、床上安静の指示）によって基準を満たす患者を8割以上入院させる治療室。

（注）ICUについては、診療報酬上の「特定集中治療室管理料1」の算定基準、HCUについては、同様に「ハイケアユニット入院医療管理料1」の算定基準。「バイオクリーンルーム」とは、空気中の浮遊微生物を制御・管理した部屋のこと。「看護配置」とは、都道府県が条例を定めるに当たって従うべき看護師数として示される員数（医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）第19条第2項）とは異なり、実際に看護に当たっている看護師の数のこと。医療機関は上記の「看護配置」で示された人数の5倍程度の看護師を雇用する必要がある。（出典）東条正美「ICU・HCUの診療報酬と新型コロナ」『厚生福祉』6586号，2020.8.7，pp.2-7を基に筆者作成。

(3) 新型コロナウイルス感染症者の入院期間

新型コロナウイルスは、他の感染症に比べて長期にわたって感染力を持つとされている。感染者に対して長い期間の入院を要請することで、感染の拡大をより一層抑えることができるが、一方で、限られた病床を占有することで、新規の感染者を受け入れることができなくなる。感染症法第22条で「病原体を保有していないことが確認されたときは、当該入院している患者を退院させなければならない」と定めており、厚生労働省健康局結核感染症課長通知「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて」（令和2年2月3日）により、病原体を保有していないことの確認方法が示されている。同通知の中で定められる無症状病原体保有者の退院基準はこれまでに複数回見直されており（表5）、感染拡大初期には感染者の多くが、退院までに2週

⁽³⁰⁾ 発症後10日弱で急性呼吸器不全となって人工呼吸器が必要となり、さらに人工呼吸器でも酸素を十分に取入れることができず、30日にわたってECMOを使用した60代男性の事例が報告されている（「新型コロナウイルス感染症COVID-19の最新情報と第2波に向けての課題」『集中』13(8)，2020.8，pp.18-19.）。

⁽³¹⁾ 東京都の例では、重症患者を受入可能な病床が400床あると公表されていたが（令和2（2020）年5月15日時点）、実際に即座に受入可能な病床はこれよりも少なく、同年4月半ば頃から、受入要請に応じる病院が少なく、隣接する神奈川県などに搬送されていたという（「そのときICUは地獄だった」『週刊東洋経済』6934号，2020.7.18，pp.56-59.）。

⁽³²⁾ 「新型コロナウイルス感染症対策分科会（第7回）」前掲注⁽²⁷⁾

表5 無症状病原体保有者の退院基準（令和2（2020）年）

月日	無症状病原体保有者の退院基準 ^(注1)
2月3日	10日間入院後、核酸増幅法 ^(注2) の検査で陰性、さらに12時間以後に陰性が確認されること。
2月6日	12.5日間入院後、核酸増幅法の検査で陰性、さらに12時間以後に陰性が確認されること。
2月18日	陽性確認から48時間後に核酸増幅法の検査で陰性、さらに12時間以後に陰性が確認されること。
4月2日	陽性確認から24時間後に核酸増幅法の検査で陰性、さらに24時間以後に陰性が確認されること。
5月29日	陽性確認から24時間後に核酸増幅法の検査で陰性、さらに24時間以後に陰性が確認されること、又は陽性の確認から14日が経過すること。
6月12日	陽性確認から24時間後に核酸増幅法の検査で陰性、さらに24時間以後に陰性が確認されること、陽性確認から10日が経過すること、又は陽性確認から6日が経過して陰性、さらに24時間以降に陰性が確認されること。
6月25日	陽性確認から24時間後に核酸増幅法の検査又は抗原定量検査で陰性、さらに24時間以後に陰性が確認されること、陽性確認から10日が経過すること、又は陽性確認から6日が経過して陰性、さらに24時間以降に陰性が確認されること。

(注1) 症状を有する病原体保有者の退院基準と、無症状病原体保有者が入院後に症状を有した場合の退院基準はこれとは別に存在する。

(注2) 「核酸増幅法」とは、検出したい特定のウイルスの遺伝子、つまりウイルス核酸の特定の部分を試験管内で人工的に複製して増やす方法。PCR検査も核酸増幅法の検査の一つ。

(出典) 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律における新型コロナウイルス感染症患者の退院及び就業制限の取扱いについて」(令和2年2月3日健感発0203第3号); 「同(一部改正)」(令和2年2月6日健感発0206第1号); 「同(一部改正)」(令和2年2月18日健感発0218第3号); 「同(一部改正)」(令和2年4月2日健感発0402第1号); 「同(一部改正)」(令和2年5月29日健感発0529第1号); 「同(一部改正)」(令和2年6月12日健感発0612第1号); 「同(一部改正)」(令和2年6月25日健感発0625第5号)を基に筆者作成。

間以上の期間を要していたところ、その後は退院までの期間が短縮されている⁽³³⁾。

無症状病原体保有者の退院基準(表5)の設定に当たっては、発症前後どの程度の期間にわたって感染力を持つかということが重要になる。令和2(2020)年2月4日の時点では、WHOが潜伏期間を1～12.5日(推定値)と示しており、2月6日の日数変更に影響を与えた⁽³⁴⁾。また、6月12日に日数変更を行っているが、台湾の研究で、感染者100名と、その濃厚接触者2,761名を観察し、発症後6日以降に接触した人から感染者が出ていないという報告も出ていた(調査期間:同年1～3月)⁽³⁵⁾。

5 宿泊・自宅療養の実施

感染者が増加する中で、無症状感染者・軽症患者を含む全ての感染者に対して入院療養を行うことは、感染症病床を中心に病床不足の事態を招くとして、厚生労働省新型コロナウイルス

⁽³³⁾ 東京都内で感染が確認され、令和2(2020)年7月27日までに退院した新型コロナウイルス感染者4,559人について、同年5月25日以前の平均入院日数は21.4日であったが、それ以降は7.9日であった。ただしこの日数は無症状病原体保有者に限ったものではない。「都内感染者 入院期間短縮 平均7.9日」『読売新聞』2020.8.7.

⁽³⁴⁾ World Health Organization, *WHO-AUDIO Executive Board EB146 Coronavirus Briefing*, 2020.2.4. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/transcripts/who-audio-executive-board-eb146-coronavirus-briefing-script-04feb2020-final.pdf?sfvrsn=70a66dfc_2>

⁽³⁵⁾ Hao-Yuan Cheng et al., “Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods Before and After Symptom Onset,” *JAMA Internal Medicine*, 180(9), 2020.9, pp.1156-1163.

感染症対策推進本部は、令和2（2020）年3月1日に、全国の自治体等に対して、新型コロナウイルス感染症患者用に感染症予防策を講じた一般病床を確保するとともに、無症状感染者・軽症患者を自宅療養とすることを原則とする方針を示した⁽³⁶⁾。

その後、家庭内での感染事例が発生したことや、自宅療養における症状急変時の適切な処置の実施への不安が社会問題化したことから、同本部は、同年4月2日に、全国の自治体等に対して、宿泊療養が可能な宿泊施設の確保（公共の施設やホテル等の借り上げ）等の準備を行うよう事務連絡⁽³⁷⁾を発出し、同年4月23日には、全国の自治体等に対して、宿泊療養を基本とした対応を依頼した⁽³⁸⁾。

一方で、一部の都道府県で病床使用率が高まっていた同年4月28日時点で、全国に1,984人の自宅療養者がおり（図2）、国は自宅療養感染者への対応を示すことが求められた。このため、同本部は、同年5月1日に全国の自治体等に対して、自宅療養の具体的な留意点を整理して示した。具体的には、①電話等情報通信機器を用いて定期的に自宅療養中の患者の健康状態を把握するとともに、その患者からの相談を受ける体制及び②患者の症状が悪化した際に速やかに適切な医療機関を受診できる体制を整備することの必要性が示された⁽³⁹⁾。

同年8月中旬頃には、全国での自宅療養者数が再び増加したが（図2）、その際にも家庭内感染が問題になっている。東京都が実施したモニタリング調査では、感染経路が分かっている人のうち家庭内感染の割合は、同年8月は35.7%で、同年7月の19.1%を上回ったと報告されている。家庭内にウイルスを持ち込まないための対策が重要と指摘されている⁽⁴⁰⁾。なお、厚生労働省は、同年10月14日の省令により、軽症者・無症状感染者を原則として宿泊・自宅療養とした⁽⁴¹⁾。

⁽³⁶⁾ その時点では感染症法第12条に基づき医師から届出があった新型コロナウイルス感染症の疑似症患者等については、感染症法第19条に基づき感染症指定医療機関等への入院措置を実施しているところ、「感染症指定医療機関に限らず、一般の医療機関においても、一般病床も含め、一定の感染予防策を講じた上で、必要な病床を確保する」とし、併せて、「地域での感染拡大により、入院を要する患者が増大し、重症者や重症化するおそれが高い者に対する入院医療の提供に支障をきたすと判断される場合」、「症状がない又は医学的に症状が軽い方には、PCR等検査陽性であっても、自宅での安静・療養を原則とする。」という方針を示した（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「地域で新型コロナウイルス感染症の患者が増加した場合の各対策（サーベイランス、感染拡大防止策、医療提供体制）の移行について」2020.3.1。<<https://www.mhlw.go.jp/content/000601816.pdf>>）。

⁽³⁷⁾ 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養及び自宅療養の対象並びに自治体における対応に向けた準備について」（令和2年4月2日事務連絡）<<https://www.mhlw.go.jp/content/000618525.pdf>>

⁽³⁸⁾ その際、子育て等の家庭の事情により本人が自宅での療養を選択する場合には、自宅療養でも差し支えないとした。その場合、自宅療養者は外出しないことを前提に、自宅での安静・療養が必要になる（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る宿泊療養又は自宅療養の考え方について」（令和2年4月23日事務連絡）<<https://www.mhlw.go.jp/content/000624691.pdf>>）。

⁽³⁹⁾ 自宅療養においては、軽症者等の症状が悪化した場合など、医療の提供が必要となった場合に、当該患者が適切に医療機関を受診できるようにするためにフォローアップを行うことが必要とされた（厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルス感染症の軽症者等に係る自宅療養の実施に関する留意事項（第1版）の送付について」（令和2年5月1日事務連絡）<<https://www.mhlw.go.jp/content/000627458.pdf>>）。

⁽⁴⁰⁾ 「家庭内感染の割合倍増 都モニタリング会議」『毎日新聞』（東京版）2020.9.4.

⁽⁴¹⁾ 「新型コロナウイルス感染症を指定感染症として定める等の政令第三条において準用する感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第十九条第一項の厚生労働省令で定める者等を定める省令」（令和2年10月14日厚生労働省令第172号）

6 院内感染対策

院内感染を防ぐため、多くの医療機関では、来院患者に対して常に新型コロナウイルスの感染を疑う体制がとられていた⁽⁴²⁾。患者が受診した医療機関で検査を実施する場合もあるが、患者が医療機関を受診する前に帰国者・接触者センターに電話をすることが基本となる。しかし、感染拡大期には、同センターに電話が繋がらないという事態が報告されており、直接医療機関を受診する患者も存在した。こうした事態に対応するため、多くの医療機関では、患者に対して、発熱がある場合などにはあらかじめ電話をしてから来院するよう求め、院内の動線を分け、防護服着用などの対策を取って、対応に当たることとなったが、実際には電話をせずに来院した人も少なくなかったため、院内感染の危険性は高い状況にあったとされる⁽⁴³⁾。令和2(2020)年5月末時点では、新型コロナウイルスの感染者(検査陽性者)に占める医療従事者の割合は8.4%であったが、同年8月12日時点では3.6%に低下しており⁽⁴⁴⁾、院内感染の発生は減少傾向と見られている。しかし、患者を適切に誘導するなどの対応策には引き続き注視していく必要がある。

Ⅲ 医療提供体制の課題

1 病床不足問題とこれまでの病床削減政策

新型コロナウイルス感染症の発生をきっかけとして、今後、同感染症を含む様々な感染症が拡大した際、病床が不足する可能性に直面することが明らかとなった。これに加えて、病床数だけでなく、病床数に見合った感染症対応が可能な医療スタッフの登録も必要であるとの実情もある。平時から感染症に備えて一定の余裕を持たせた医療提供体制は不可欠との意見もある一方で、使用しない病床を空けておくことは無理であるといった意見もある⁽⁴⁵⁾。

新型コロナウイルス感染症の発生による病床不足問題と、過去の病床削減政策が関連付けられて論じられることがある。病床削減政策とは、医療法(昭和23年法律第205号)に基づいて、病床の種別ごと(表2)の基準病床数を地域ごとに設けることで、病床過剰地域での病床を抑制し非過剰地域での病床増加を促し⁽⁴⁶⁾、病床の地域的偏在を是正し全国で一定水準以上の医療提供体制を維持するとともに、国民医療費の増加を抑制することを目指すものである。都道府県は令和7(2025)年に向けて地域医療構想⁽⁴⁷⁾を策定し、病床の機能分化・連携により、効率的な医療提供体制を実現することが求められている。近年は、高齢化に合わせて、高度急性

(42) 令和2(2020)年4月中旬時点で、34の医療機関に対して調査した結果によれば、23の医療機関(68%)で外来に新型コロナウイルス感染者が来院した場合の対応を取り決めていた(「新型コロナウイルス感染症に関するアンケート集計結果」『病院羅針盤』11(170), 2020.6.1-15, p.27.)。

(43) 小倉英郎「新型コロナのパンデミックに思うこと」『高知県小児科医会報』32号, 2020.7, p.15.

(44) 「秋冬に備え、新型コロナ対策を討議 医療科学研究所が30周年シンポジウム開催」『社会保険旬報』2797号, 2020.10.1, p.27.

(45) 「コロナ禍が揺さぶる厚労省「病床再編計画」—民間病院も含めた「地域医療構想」に影響—」『集中』13(8), 2020.8, pp.44-45.

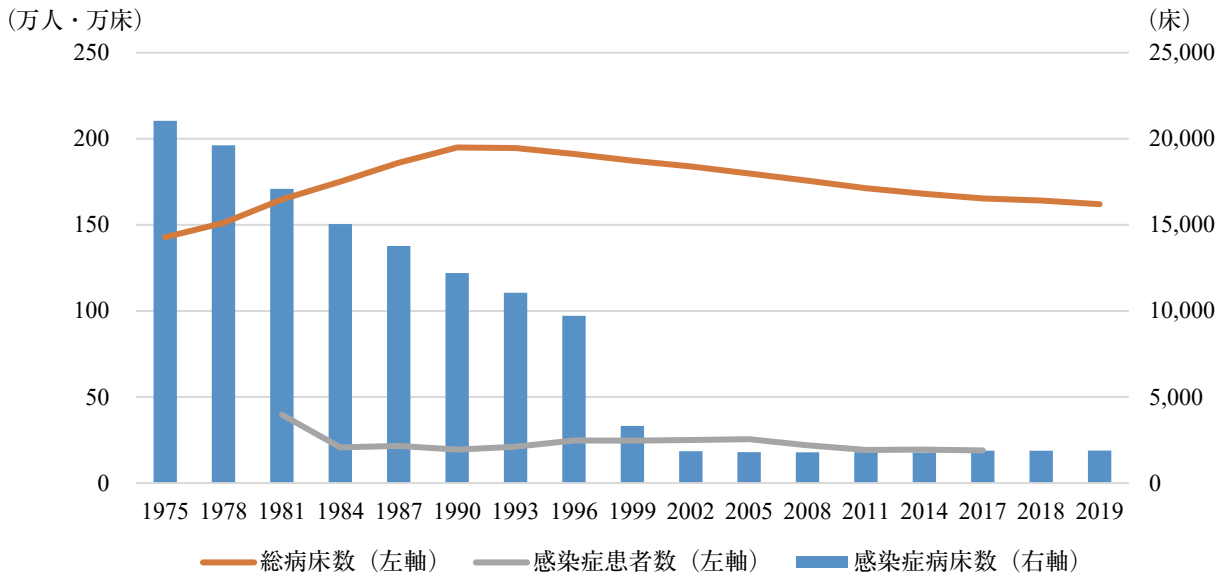
(46) 具体的には、基準病床を超える地域における病院の新規開設見送りの勧告を行うなどにより、計画的に病床を削減し、地域間の病床の偏在を是正するものである。

(47) 「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」(平成26年法律第83号)により、医療法第30条の4が改正され、医療・介護の需要が増大する令和7(2025)年(「団塊の世代」が後期高齢者となる時期)を前に、地域における医療・介護の連携を進めることが必要であるとして、都道府県は地域の医療需要と病床の必要量を推計し、目指すべき医療提供体制を実現するための施策(地域医療構想)を定めることとなった(医療情報科学研究所編『公衆衛生がみえる』メディックメディア, 2018, pp.132-133.)。

期⁽⁴⁸⁾の病床をほかの機能の病床に転換させ、入院患者を病院から在宅医療や介護施設に誘導して医療費の増加の抑制を図ってきた経緯があり、今後もその方向性が予想される⁽⁴⁹⁾。我が国は、国際的に見ても病床当たりの医師数が少なく、平均在院日数が長い傾向にある。急性期の病床が過剰と評価される地域もあり、医療機関の機能分化・連携を進めて、医療提供体制を効率化させるには必要な対策であるとの見方もある⁽⁵⁰⁾。

感染症病床については、全体の病床削減よりも減少割合は大きく、これにはこれまで感染症の患者が減ってきたことを背景に、感染症病床の適正化が進められてきた実態がある（図4）。感染症病床の場合、一般病床の設置に求められる基準に加えて、機械換気設備、感染予防のための遮断施設や、消毒施設の設置が求められている（表3）。特に病室内の空気が外に漏れないような空調構造を備えた陰圧隔離病床である必要があるなど、病床を維持するための費用は、一般病床に比べて大きいため、必要性が低いと評価されれば、費用対効果の面で削減の対象として考えられやすいという背景もある。

図4 総病床数・感染症病床数・感染症患者数の推移



(注)「総病床数」は病院・診療所の病床を合計したもの。「感染症病床数」は、病院の病床で総病床の内数。平成11(1999)年に、感染症法の施行に伴って医療法に基づき「伝染病床」は「感染症病床」に改められた。「感染症患者数」は、入院患者数と外来患者数の合計。感染症患者が全て感染病床を使用するとは限らない。
 (出典)「医療施設調査・病院報告(結果の概況)」厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/79-1a.html>>;「患者調査」同 <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>> を基に筆者作成。

(48) 地域医療構想の策定プロセスでは、四つの機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）ごとの医療需要から、必要病床数を推計する。高度急性期機能とは、急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能のこと。

(49) 伊藤周平『「保険化」する社会保障の法政策—現状と生存権保障の課題—』法律文化社，2019，pp.84-85.

(50) 人口1,000人当たりの病床数（令和元（2019）年）は、我が国は13.1であり、ヨーロッパの中でも病床が多いとされるドイツ8.0、フランス6.0などと比較しても多い。一方、病床100床当たりの医療従事者（同年）は、我が国が18.5であり、ドイツ53.2、フランス52.8などと比較しても少ない。「今変わらなければ“突然死”もニッポンの病院の正念場」『週刊東洋経済』6899号，2020.1.11，pp.40-42.

2 感染症病床の地域偏在

感染症病床が全国で減少傾向にあることに加えて、地域での偏在も見られる（表6）。特に人口当たりの感染症病床が少ない都市部において多くの新型コロナウイルス感染症の感染例が報告される事態が発生した。これら都市部は、増床が必要であると地域医療構想で指摘されていた地域でもあった⁽⁵¹⁾。市町村レベルで見た場合には、感染症病床が全く存在しないというケースもある⁽⁵²⁾。令和2（2020）年3月6日に、厚生労働省が、新型コロナウイルス感染症患者の医療需要の予測を示し、各都道府県にこれを目安として、重症患者数の想定・病床の確保を依頼した際、地域偏在の問題が顕著に表れ、人口当たりの感染症病床数の少ない地域の一部では、病床の確保ができない事態が発生していた⁽⁵³⁾。

表6 都道府県別人口当たり感染症病床数（多い自治体・少ない自治体）

人口10万人当たりの感染症病床数が3.0以上	人口10万人当たりの感染症病床数が1.0以下
島根県（4.4）、大分県（3.5）、山梨県（3.4）、 和歌山県（3.4）、秋田県（3.3）、岩手県（3.1）、 徳島県（3.1）	神奈川県（0.8）、千葉県（0.9）、大阪府（0.9）、 埼玉県（1.0）、東京都（1.0）、愛知県（1.0）、 兵庫県（1.0）

（出典）「平成30（2018）年医療施設（動態）調査・病院報告の概況」厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/18/>> を基に筆者作成。

3 感染症病床と公的医療機関の在り方

医療法第30条の4第2項第5号では、都道府県が定めるべき地域医療計画（地域の实情に応じて、医療提供体制の確保を図るための計画）に盛り込まれるべき必須の5事業として、救急医療、災害医療、へき地医療、周産期医療、小児医療が列挙されているが、感染症対策はほとんど考慮されていないことが問題視されている⁽⁵⁴⁾。緊急事態に対応した災害医療などが必須の5事業に含まれていることを鑑みると、感染症対策についても同様な位置付けが必要である⁽⁵⁵⁾。

前述のとおり、感染症病床は一般病床よりも求められる設備面での基準が厳しいなどを背景として、不採算医療の一つとされる。感染症病床の多くを公的医療機関⁽⁵⁶⁾が担っている実態⁽⁵⁷⁾があるが、これは、公立病院（地方自治体が開設した医療機関）は医療サービス提供の対価と

(51) 土居丈朗「感染症ベッド数が地域で偏在 自由な病院経営が生んだ副作用」『Wedge』32(6), 2020.6, pp.51-53.

(52) 例として、東京都に隣接する埼玉県川口市（人口約60万人）、埼玉県草加市（人口約25万人）、埼玉県戸田市（人口約14万人）では、感染症病床が1床もない（平成31（2019）年4月時点）（伊関友伸「わが国の病院を再生するために何が必要なのか—新型コロナウイルス感染症の蔓延を踏まえて—」『病院』79(7), 2020.7, pp.504-505.）。

(53) 特に、人口当たりの感染症病床数の少ない地域では、重症者数の想定を必ずしも高く設定していないにもかかわらず、病床が確保できていないことが問題視されていた。曾我 前掲注(20)

(54) 伊関 前掲注(52)

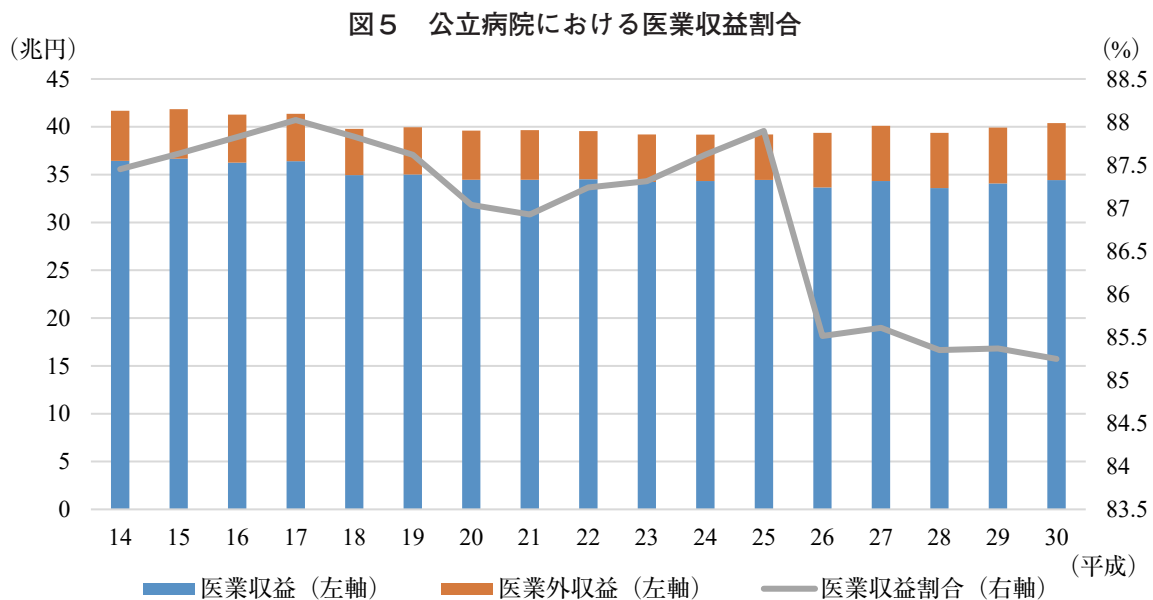
(55) 尾形裕也「医療提供体制の課題と将来」（社会保障読本2020年版—医療制度等理論編—）『週刊社会保障』74(3083), 2020.8.10-17, pp.30-35.

(56) 医療法第31条において、公的医療機関は地域医療対策の実施に協力することが義務付けられている。公的医療機関には、都道府県・市町村が開設した医療機関のほか、地方公共団体の組合、国民健康保険団体連合会、日本赤十字社、社会福祉法人、恩賜、財団、済生会、厚生農業協同組合連合会、社会医療法人、社会福祉法人北海道社会事業協会を開設者とする医療機関が含まれる。「医療法第三十一条に規定する公的医療機関の開設者」（昭和26年厚生省告示第167号）

(57) 第一種感染症指定医療機関の感染症病床の76.6%、第二種感染症指定医療機関の感染症病床の89.7%は国公立・公的病院の病床である（平成31（2019）年4月時点）（伊関 前掲注(52)）。

して得られる収入のほかに設置主体である地方自治体から財政支援を受けていることによる。すなわち、公立病院において、採算性の低い政策医療（感染症医療、周産期医療、小児医療、精神科医療など）を行う場合には、実際の病床の利用の程度等によらず、交付金が付与される。新型コロナウイルス感染症の発生を機に、感染症病床に関する部分は強化すべきとの意見もある⁽⁵⁸⁾。

公立病院における医業収益割合は近年減少傾向にあり（図5）、へき地等における医療や、採算性の低い政策医療を担っている一方、効率的・効果的経営に努める必要があることから、令和2（2020）年度の公立病院に対する地方交付税措置見直しが行われている⁽⁵⁹⁾。感染症病床に限ると、その運営には、年間80億円超の公的補助が行われている（図6）。医療財政全体から見た場合、この金額の大小の判断は分かれるところである。感染症病床の在り方を費用面で考える際には、自治体からの繰入金等の財源も念頭に置いた上で、公立病院を含む公的医療機関の在り方について議論を進めていく必要がある⁽⁶⁰⁾。



(注) 「医業外収益」とは、医療行為によらない収益のことで、自治体からの繰入金のほか、病院内での消耗品の販売による収益などのこと。

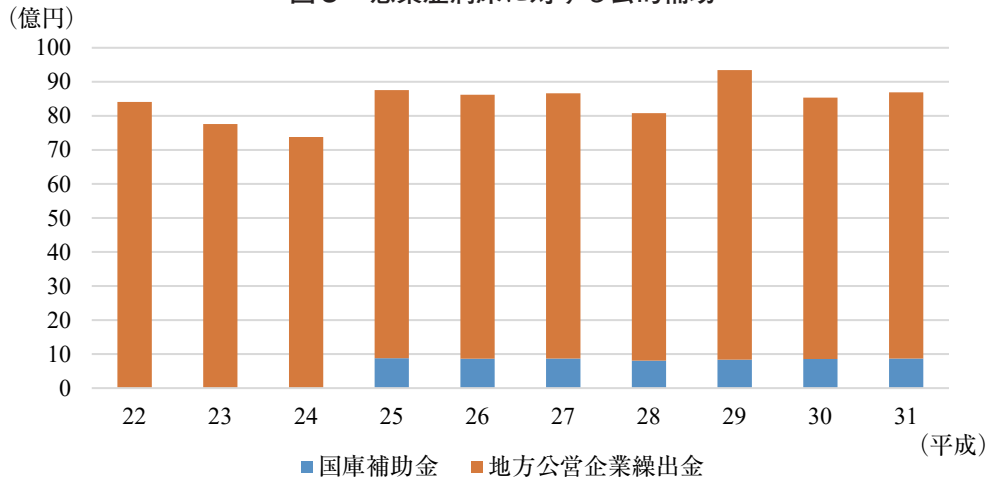
(出典) 喜田泰史「公立病院経営と政府部門の財政との関係—枠組みと時系列データの整理—」『川崎医療福祉学会誌』27(1), 2017, pp.169-181; 地方財務協会編『改正地方財政詳解』（平成14年度～令和元年度版）を基に筆者作成。

⁽⁵⁸⁾ 印南一路「地域医療構想について」『週刊社会保障』74(3086), 2020.9.7, pp.28-29.

⁽⁵⁹⁾ 具体的には、基準額（病床数・病院数に応じて決められる額）と一般会計繰出金×0.8を比較して低い金額が交付税措置の算定額となる。感染症病床の場合には、基準額は1床あたり4,251千円である。山田竜也「不採算地区に所在する中核的な公立病院に対する特別交付税措置の創設について」『公営企業』52(3), 2020.6, pp.62-68.

⁽⁶⁰⁾ 喜田泰史「公立病院経営と政府部門の財政との関係性—枠組みと時系列データの整理—」『川崎医療福祉学会誌』27(1), 2017, pp.169-181.

図6 感染症病床に対する公的補助



(注) 医療保険財政に対する公的補助もあるため、感染症医療に対する公的補助の全てを意味するものではない。
 (出典) 喜田泰史「公立病院経営と政府部門の財政との関係―枠組みと時系列データの整理―」『川崎医療福祉学会誌』27(1), 2017, pp.169-181; 地方公営企業経営研究会編『地方公営企業年鑑』(平成22年～令和元年版)を基に筆者作成。

4 集中治療室報酬加算・感染症病床空床補償

今回の新型コロナウイルス感染症の場合、重症患者が集中治療室等で治療を受けることが必要となった。その際に、ECMOの運用には通常の2倍の医療スタッフの配置が必要であったり、個人防護具を装着することで業務効率が落ちるケースがあったりするなど、集中治療室で患者を受け入れる医療機関にとっては負担のかかる状況であった。このため、厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症患者に対する診療報酬上の集中管理料の引上げ(令和2(2020)年4月には通常の2倍とし、その後の同年5月末には3倍)などの対策を取り、財政的支援を行っている⁽⁶¹⁾。

また、国は、新型コロナウイルス感染症患者に対する医療提供体制を確保するために、余裕を持たせて病床数確保などを行っていくことが必要で、即座に受け入れられる病床(即応病床)の整備を行う方針を示している。しかし即応病床は、患者がいない場合でも空床(稼働していない病床)としておくことが求められ、医療機関にとっては経営的負担が大きい。このため、厚生労働省は医療機関に対して、空床状態にある場合でも、病床確保料として1床当たり436,000円/日を上限に、補助金を交付している⁽⁶²⁾。

(61) 「特定集中治療室管理料1」(7日以内)の場合、14,211点(142,100円)のところ、3倍の42,633点(426,330円)となる。なお、新型コロナウイルス感染症に関する入院治療は基本的に公費で賄われるため(例外もある)、患者負担は発生しない。東条 前掲注(29), pp.2-7.

(62) 都道府県によって指定された重点医療機関のうち特定機能病院等の場合には、ICU病床436,000円、HCU病床211,000円、療養病床16,000円、それ以外の病床で74,000円、重点医療機関のうち一般病院の場合には、ICU病床301,000円、HCU病床211,000円、療養病床16,000円、それ以外の病床71,000円、都道府県によって指定された協力医療機関の場合、ICU病床301,000円、HCU病床211,000円、療養病床16,000円、それ以外の病床52,000円(いずれも1床1日当たり)。この補助金は令和2(2020)年6月に開始(4月1日までの遡及適用あり)され、上記金額は、同年9月に一部を対象に増額が行われた後のものである。厚生労働省健康局結核感染症課「「新型コロナウイルス感染症重点医療機関及び新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関について」の改正について」(令和2年9月15日事務連絡) <<https://www.mhlw.go.jp/content/000672665.pdf>>; 同「新型コロナウイルス感染症重点医療機関及び新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関について」(令和2年6月16日事務連絡) <<https://www.mhlw.go.jp/content/000640954.pdf>>

5 経営難の医療機関への支援

厚生労働省は、新型コロナウイルス感染症で経営に打撃を受けている医療機関を支援する対策を継続するとしている。3病院団体（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）によると、177病院（調査回答のあった病院）の医業利益率⁽⁶³⁾の平均値は、令和2（2020）年4～7月に落ち込み（前年同月比）が見られ、同年6～7月にはやや改善傾向にあると分析されている（表7）。これは、外来・入院患者数の傾向についても同様であり（表8）、さらに手術件数などにも影響があったとされる⁽⁶⁴⁾。

こうした状態を受け、政府は令和2年度一般会計の予備費を活用して資金繰り対策を実施している。同年1月以降、前年同月比の医業収入が50%以上減った月がある場合には持続化給付金の対象となるが、対象とならない場合でも⁽⁶⁵⁾、同年2月以降医業収益が30%以上減少した月が1か月以上ある医療機関への貸付限度額⁽⁶⁶⁾を引き上げるものである。

表7 令和2（2020）年4～7月における病院の医業利益率

	医業利益率	前年同月比
4月	▲17.4%	-13.9ポイント
5月	▲18.4%	-17.4ポイント
6月	▲16.0%	-7.5ポイント
7月	▲4.4%	-5.8ポイント

（注）3病院団体（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）による公表値で、177病院の平均値。医業利益率の「▲」は赤字、前年同月比の「-」は比較減。
（出典）「医業利益率は▲4.4%で赤字続く」『社会保険旬報』2796号，2020.9.21，p.5を基に筆者作成。

表8 令和2（2020）年4～7月における病院の外来患者延べ数・入院患者延べ数

	外来患者延べ数			入院患者延べ数		
	2020年	2019年	減少率	2020年	2019年	減少率
4月	13,886人	17,606人	-26.8%	9,259人	10,786人	-16.5%
5月	12,446人	17,289人	-38.9%	8,730人	10,873人	-24.5%
6月	15,506人	17,159人	-10.7%	9,078人	10,699人	-17.9%
7月	16,818人	19,211人	-14.2%	9,828人	11,064人	-12.6%

（注）3病院団体（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）による公表値で、177病院の平均値。「外来患者延べ数」は、初診・再診などを含む外来患者の延べ数。「入院患者延べ数」は、在院患者延べ数と退院患者数の合計。「減少率」は、平成31（2019）年の数に対する令和2（2020）年の数の減少率。
（出典）「病院3団体が新型コロナ・経営調査」『健保ニュース』2243号，2020.9.25，p.17を基に筆者作成。

63 医業収益に対する医業利益の割合のこと。

64 久留米大学病院（高度救命救急センターを備える福岡県の病院）へのインタビュー記事によると、令和2（2020）年4月の手術件数は前年同月比で84.6%、同年5月は同59.9%に落ち込んでいる（「コロナ「大本営発表」を疑え「医療崩壊しない」のウソ」『週刊文春』62(28)，2020.7.23，pp.36-39.）。

65 経営状態について、診療科ごとの違いが見られる。日本医師会の報告では、耳鼻咽喉科の場合、前年同月に比べ医業収入が30%以上減少した月がある診療所が9割近くに達し、50%以上減少した月がある診療所は4割を超えている一方、小児科の場合、前年同月に比べ医業収入が30%以上減少した月がある診療所が6割近くあるが、50%以上減少した月があるのは約1割である。日本医師会「新型コロナウイルス感染症の診療所経営への影響 2020年4～6月分—日本医師会定例記者会見—」2020.9.9，p.4. <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20200909_2.pdf>

66 福祉医療機構の優遇融資の上限額を引き上げるものである（「予備費財源を活用し医療機関などを支援 1兆2千億円を措置—新型コロナ対策を閣議決定—」『社会保険旬報』2797号，2020.10.1，pp.14-17.）。

6 医療機関の連携

今回の新型コロナウイルス感染症で医療提供体制における機能分化・連携に関する課題もある。医療機関の連携を目指した「神奈川モデル・ハイブリット版」が取り上げられることがあり、同モデルでは、重症者を受け入れる「高度医療機関」、中等症の患者を受け入れる「重点医療機関」をそれぞれ設置し、医療機関で感染の疑いのある患者の受診があった場合に、的確に検査に誘導し、検査結果・症状により、適切な医療機関に入院させ、「重点医療機関」は拠点としての役割を持ち、中等症の患者はその後の症状の変化に応じて、「高度医療機関」へ転院させるなどが想定されている。しかし、多くの自治体では調整方法が決まっていない⁽⁶⁷⁾などの課題があり、役割を明確化していくことが必要とされている⁽⁶⁸⁾。

医療提供体制における機能分化・連携が取られていないことによる弊害として、令和2(2020)年4～5月には、感染の疑いのある患者が救急搬送を断られる事態も発生していた。東京都の場合、複数の病院から拒否されるなどして、救急患者の搬送先がすぐに決まらなかったケースが、同年4月には2,365件(前年同月は582件)、同年5月には1,626件(前年同月は636件)発生しており、発熱患者等の搬送先の整備が不十分であったと指摘されている⁽⁶⁹⁾。同様の事例は、三次救急医療機関⁽⁷⁰⁾である大阪府内の4病院が新型コロナウイルス感染症のおそれのため救急患者の受入れを停止するなど、新型コロナウイルス感染症に限らず、重篤な患者の救命ができない可能性がある事態も発生していた。この件に対して、日本救急医学会と日本臨床救急医学会が、同年4月9日に「医療崩壊が生じる際の最初の兆候は救急医療体制の崩壊だ」として、危機を実感していると表明している⁽⁷¹⁾。

7 発熱外来

平成21(2009)年の新型インフルエンザ対応を機に、医療機能の役割分担が地域医療計画に具体的に記載されることとなった。しかし、新型インフルエンザ流行時の基幹病院をどこに位置付けるのか、発熱外来をどの施設に設置し、その連携体制をどうするか、といった内容についてほとんどの医療計画で具体的記載がないことに対する批判を行っている識者もいる。地域医療計画において、中・重症者、軽症者、発熱外来のそれぞれの担当医療機関がどこであるかを定義し、住民に周知していくことが重要である⁽⁷²⁾。

(67) 救急医療体制については、新型コロナ疑い救急患者の受入先を速やかに調整するために、自宅等から119番通報があった場合、又はかかりつけ医や帰国者・接触者相談センター、保健所などに救急相談等があった場合を想定して、都道府県調整本部、保健所、救急医療機関、消防機関等との間で、具体的にどのような体制で連絡、調整を行うのか等の検討・関係者間での共有を進めるよう、厚生労働省から自治体等に依頼が行われている(厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「新型コロナウイルス感染症を疑う患者等に関する救急医療の実施について」(令和2年5月13日事務連絡) <<https://www.mhlw.go.jp/content/000630282.pdf>>)。

(68) 堀真奈美「全世代型社会保障制度における医療改革推進に向けた論点整理(上) 地域医療構想の推進」『社会保険旬報』2797号, 2020.10.1, pp.6-12。

(69) 「そのときICUは地獄だった」前掲注(31)

(70) 救急医療提供体制は、初期救急医療機関、二次救急医療機関、三次救急医療機関に分かれている。初期救急医療機関は軽度の救急患者に対して夜間休日の外来診療を行うもの。二次救急医療機関は入院治療を必要とする重症の救急患者に対して初期診療・応急処置・入院医療を行うもの。三次救急医療機関は重症及び複数の診療科領域にわたる全ての重篤な救急患者に対して高度な専門的医療を総合的に実施するもの。各都道府県知事宛て厚生労働省医政局長通知「救急医療対策事業実施要綱」(昭和52年7月6日医発第692号) <https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta6774&dataType=1&pageNo=1>

(71) 東条正美「救急医療をめぐる(1) 増える新型コロナ関連の搬送」『厚生福祉』6567号, 2020.5.1, pp.5-6。

(72) 松田 前掲注(15), pp.20-21。

厚生労働省は令和2（2020）年9月4日に都道府県等に対して事務連絡⁽⁷³⁾を发出し、「都道府県は、発熱患者等が、帰国者・接触者相談センターを介することなく、かかりつけ医等の地域で身近な医療機関等を相談・受診し、必要に応じて検査を受けられる体制について、本年10月中を目途に整備すること。」としている。これまでは、発熱時には、患者が主として保健所に設置された「帰国者・接触者相談センター」に電話で相談して、その判断を踏まえて「帰国者・接触者外来」につながるという流れであったが、今後は、身近なかかりつけ医等に直接電話をして地域の「診療・検査医療機関（仮称）」（発熱患者の診療又は検査を行う医療機関）を受診する仕組みに変更となる。「診療・検査医療機関（仮称）」は都道府県が指定し、その情報を地域の医療機関で共有するとしている⁽⁷⁴⁾。「診療・検査医療機関（仮称）」については、院内感染を防止しつつ、発熱患者の診療・検査を行う体制を検討する必要がある。動線を分ける（入口・診察室を分ける）方法もあるが、分けられない場合、ドライブスルー型（患者が車の中で検査を受ける）、野外型（医療機関の敷地内・駐車場にテントを設置するなど）、時間分離（発熱患者の診察時間帯を分ける）、輪番制（複数の診療所が交替で担当する）などが想定されている。発熱患者が増えるシーズンに備えて、地域の診療体制を整え、住民が混乱することのないよう受診方法を取り決め、周知していくことが求められる⁽⁷⁵⁾。

8 保健所機能

保健所業務のうち、新型コロナウイルス感染症拡大に伴って、専門職が担うべきとされている業務が、①医療機関への受診調整、②検体採取・PCR検査・検査結果の通知、③入院・宿泊・自宅療養の調整、④積極的疫学調査、⑤健康フォローアップ（自宅療養・濃厚接触者など）である。このうち、積極的疫学調査は、感染者の行動歴などを聞き取る調査で、負担が重いとされている⁽⁷⁶⁾。保健所に対して、保健師を応援派遣する自治体の取組なども見られる⁽⁷⁷⁾。国が開発・導入を行った「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム」（Health Center Real-time information-sharing System on COVID-19: HER-SYS）⁽⁷⁸⁾によって、全国の感染者の発生や入退院などの情報が得られるとし、保健所の業務の軽減緩和につながると期待もされているが⁽⁷⁹⁾、入力が煩雑であって医療機関での入力が進まず、医療機関に代わって保健所が

(73) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部「次のインフルエンザ流行に備えた体制整備について」（令和2年9月4日事務連絡）<<https://www.mhlw.go.jp/content/000667888.pdf>>

(74) 「診療・検査医療機関（仮称）」を公表するかどうかは地域の医師会とも協議・合意の上各都道府県が判断するとしている（「インフルエンザの流行見据え 検査・医療提供体制を整備—「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」を決定—」『週刊社会保障』74(3087), 2020.9.14, pp.41-43.）。季節性インフルエンザと新型コロナウイルス感染症を臨床的に鑑別することは困難であり、特定の医療機関や相談窓口に患者が殺到しないようにするための施策と捉えられている（「厚労省かかりつけ医を強化 コロナ禍のインフルに備え」『シルバー新報』2020.9.11.）。

(75) 「インフルエンザの流行見据え 検査・医療提供体制を整備—「新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組」を決定—」同上

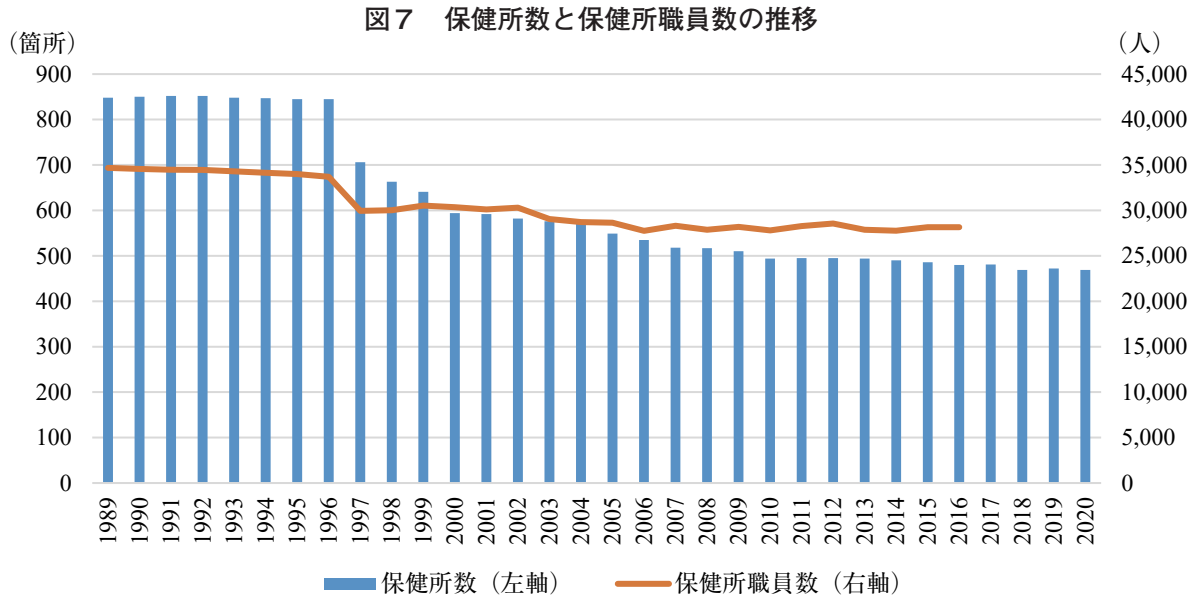
(76) 感染者の行動歴などをインタビューするなどして、どこで感染したかを調べると同時に、濃厚接触者を把握して連絡を取り、感染拡大を防ぐ。外国人の場合には、日本語での対応ができない場合もあり、対応が困難なこともあるという。

(77) 愛知県では、県所管の保健所の一部職員の業務量・残業時間が問題となり、令和2（2020）年8月17日～9月末までの期間で延べ216人の保健師が同県内の市町村から応援に入ったという（「新型コロナ 残業月100時間超23人 県保健所の職員 4～8月」『毎日新聞』（愛知版）2020.10.3.）。

(78) 「新型コロナウイルス感染者等情報把握・管理支援システム（HER-SYS）」厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00129.html>

(79) 「コロナ対策担う保健所 冬に備え体制強化を 負担重い感染者調査」『毎日新聞』2020.9.17.

HER-SYS への入力が続いている自治体も多いと指摘されている⁽⁸⁰⁾。また、保健所数が減少傾向にあったことも、保健所への負担が大きくなったとする論調もあり、実際に、保健所の数は平成 8（1996）年度までは 800 か所を超えていたが、行政改革の一環として集約化が始まり、令和 2（2020）年度は 469 か所となっている（図 7）⁽⁸¹⁾。



(注) 平成 29（2017）年以降の保健所職員数については、出典の『地域保健・健康増進事業報告』に記載はなかった。
 (出典)『地域保健・健康増進事業報告』厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/32-19.html>> 等を基に筆者作成。

9 新しい受療行動への対応

リサーチ会社による「新型コロナウイルス感染症に関する国民アンケート」（令和 2（2020）年 5 月 29 日～6 月 2 日実施）⁽⁸²⁾によると、「持病や風邪などで病院に行きたくても感染への不安を感じる」と答えた人は、61.5%を示している。また、がんの治療が必要になっている患者にとっては、基礎疾患があると重症化のリスクが高いとされていることから、強い不安と恐れを感じることもあり⁽⁸³⁾、その場合「がん治療を受けるために予定通り受診する」考え方と、「感染が収まるまで病院に行かない」⁽⁸⁴⁾考え方の 2 種類が存在することになる。

一方で、緊急入院患者の減少が著しいのは、呼吸器系疾患の重症ではないケースが多く見ら

⁽⁸⁰⁾ HER-SYS の利用対象の 113 自治体（調査対象 155 自治体のうち、回答のあった 113 自治体）のうち 60% が発生届の情報の入力を保健所が「ほぼすべて」代行しているとの報告が公表された。こうした指摘を受けて、厚生労働省は、入力項目を絞るなどの対策を取った。「感染者集計「ハース」への入力 自治体 6 割「ほぼ保健所が代行」『朝日新聞』2020.9.29。

⁽⁸¹⁾ 「コロナ対策担う保健所 冬に備え体制強化を 負担重い感染者調査」前掲注(79)

⁽⁸²⁾ サーベイリサーチセンター 「【第 3 回】新型コロナウイルス感染症に関する国民アンケート」2020.6.9. <https://www.surece.co.jp/wp_surece/wp-content/uploads/2020/06/20200609.pdf>

⁽⁸³⁾ 新型コロナウイルスによる感染症は、「3つの顔」を持つとも言われる。病気そのものが人間にもたらす影響に加え、不安や恐れにより、「気づく力・聴く力・自分を支える力」を失うことや、嫌悪・差別・偏見により人と人との信頼関係や社会のつながりが壊されるという負の面を持っているとされる。「新型コロナウイルスの3つの顔を知ろう！～負のスパイラルを断ち切るために～」2020.3.26. 日本赤十字社ホームページ <http://www.jrc.or.jp/activity/saigai/news/200326_006124.html>

⁽⁸⁴⁾ 不安や恐怖におおられ、目の前にある事項を過大に評価し、本当に必要な事項を後回しにする「現在バイアス」の一種とされる（大竹文雄・平井啓『医療現場の行動経済学—すれ違う医者と患者—』東洋経済新報社、2018.）。

れ、どうしても入院しなければ治療できないケース以外の人入院が減っているとの分析もある⁽⁸⁵⁾。このことが、前述のとおり、医療機関の経営に影響を与えている一因となっている。すぐに病院に行くのではなく、かかりつけ医やかかりつけ薬剤師に相談するといった患者の受療行動によるものであり、今後は、病院などで医師が対応しなければならないケース以外は、看護師が対応に当たるなど、新しい受療行動への対応が求められるとの分析もある⁽⁸⁶⁾。

おわりに

これまで述べてきたように、新型コロナウイルス感染症の発生をきっかけとして、今後、新型コロナウイルス感染症などの様々な感染症が拡大した際、病床が不足する可能性に直面することが明らかとなった。国は、感染症者の療養場所や療養期間などを変更して、新型コロナウイルス感染症への対応に当たってきた。その際、国や地方自治体は医療機関で患者を受け入れられなくなる事態を避けるため、感染症病床の不足に対して、一般病床の転用のほか、ホテルの借り上げなどの対策を取ってきた。しかし、感染拡大期には、自治体によっては、救急搬送の問題や、入院ができなくなり自宅での待機を求められるなどの事態も発生し課題は多いと言える。課題の解決には、病床を増やすことだけではなく、複数の医療機関の役割を明確にして機能分化を進め、相互に連携をしていく体制作りが必要であろう。今後再び新型コロナウイルス感染症の感染者の増加が見られたり、新しい感染症が発生したりする事態に備えて、これからの医療機関の在り方について継続的に検討していくことが必要と言える。

(おんだ ひろゆき)

⁸⁵⁾ 「「感染が不安で受診しない」は本当か「新しい受療行動」に備えるべき」『PHASE3』434号, 2020.10, pp.76-77.

⁸⁶⁾ 同上