

令和3年8月27日

厚生労働大臣
田村 憲久 殿

一般社団法人 日本病院会
会長 相澤 孝夫
副会長 岡留 健一郎



新型コロナウイルス感染症への対応を踏まえた
今後の医療提供体制について（要望書）

新型コロナウイルス感染症の流行は、いまだに収束の段階ではなく、今後も新型コロナウイルス感染症患者の急増により、通常医療にも支障が生じるなど、医療崩壊が懸念されます。

日本病院会では、医療体制の抜本的な強化に向けて感染爆発時を想定した医療体制のあり方について検討し、医療提供体制の整備と、感染拡大防止のための実効性ある体制構築のために、以下の対策を要望いたします。

1. 保健所機能について

国として、保健師の派遣や育成も含めた体制の充実・確保を図り、保健所業務のひっ迫に対応するため、保健所体制の充実・確保を図ることを目的として下記4点を提案する。

- ①医師などの専門職も含めて人員を増強し、保健所の体制を強化することが必要である。特に疫学調査をするための専門人材育成等を行い、疫学情報を収集・研究を行うことができるよう体制構築をすべきである。
- ②保健所間、保健所と都道府県との情報共有も困難であったことから、今後医師から保健所へ届け出る情報を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)などの仕組みを利用し、都道府県や国とも共有することを可能にすべきである。

- ③保健所へのサポート体制構築について、平時から公立病院等との人事交流を行うなど有事に対応可能なシステム構築を考えるべきである。
- ④初期臨床研修制度については、保健所で研修を行う初期臨床研修医を増やすよう制度を見直すべきである。

2. 感染症指定医療機関について

- ①感染症指定医療機関には「感染症（内）科」を設け、感染症専門医を最低1名配置すべきである。

※新型コロナウイルス感染症を診療する第二種感染症指定医療機関のうち「感染症専門医」が勤務するのは28.5%（100施設/351施設）感染症学会調査より

- ②指定基準については、ストラクチャー（ヒト・モノの配置）の評価指標だけではなく、プロセス・アウトカムの評価指標についても検討することが重要である。
- ③設備については、ICU機能を有しているなど新たな基準（設備、部屋の面積）の検討をすべきである。

3. 医療提供体制について

今後も新型コロナウイルス感染症患者の急増により、重症者や死亡者が増加し、通常医療にも支障が生じるなど、医療崩壊へ至るリスクが懸念される。医療提供体制の抜本的な強化に向けて早急に強力な追加的措置を行うとともに、感染爆発時を想定した医療体制のあり方についても早急に検討することが必要である。

- ・医療計画については、2024年度から始まる次期医療計画の重点事項に「新興感染症等の感染拡大時における医療」を加えることが決まったが、通常の計画見直しに合わせた3年後の導入ではなく、現行計画に前倒しで盛り込むべきである。
- ・地域医療構想については、地域医療構想を策定するために国が推計した医療需要について、新型コロナウイルス感染症への対応で見えてきた課題を踏まえて再検証し、改めて、2025年に必要な病床数の考え方を示すべきである。
- ・地域医療構想調整会議については、会議が有効に機能し意義のあるものとなるよう環境整備をすべきである。
- ・新型コロナウイルス感染症を踏まえた今後の医療提供体制については、地域内の医療機能の役割分担を明確にし、新興感染症受入医療機関、疑陽性受入医療機関、その他の患者受入医療機関との役割分担を制度上位置づけていく

必要がある。その際、回復期のリハビリ施設機能を主とする医療機関や長期療養を主とする医療機関、在宅復帰に向けて介護機能とリハビリ機能を担う老健施設など新型コロナウイルス感染症が陰性化した後の受入機関の整備も必要である。

具体的には、

- 〈1〉重症患者は、特定機能病院等の高度医療に対応できる病院
- 〈2〉中等症は、公立・公的病院や地域の中核病院
- 〈3〉新型コロナウイルス感染症から回復した患者のリハビリや長期療養は民間の中小病院

といった役割分担を決める。

その上で、急変など病状の変化に応じて患者が転院できるよう、病院の連携体制を構築する必要がある。

新型コロナウイルス感染症対応病床確保については、ダウンサイジングした病床を、予備病床として確保することを可能にすべきである。この場合、許可病床からは外れた予備病床という新しい概念が必要である。

圏域設定については、二次医療圏ではなく三次医療圏での対応とすべきである。場合によっては隣接する都道府県との調整を図ることも必要である。ただ、感染症は広域対応が不向きであり、搬送手段、搬送先を想定した圏域設定が必要である。

また、精神科病院や高齢者施設でのクラスターが多数発生したことを踏まえ、精神障害者や知的障害者、認知症患者にも対応可能な感染症病床の整備を、それぞれの地域の実情に照らして検討する必要がある。

多くの医療機関では医療法に基づく人員配置基準や診療報酬の加算要件に定められた人員体制で医療を提供しているため、柔軟な配置変更が困難である。首長が公的医療機関へ人的・施設の転用など柔軟な対応を可能にする方法を検討し、非常時に配置転換できる人材を確保しつつ、平常時も余剰とならないような体制を構築する必要がある。例えば、平常時に地域の予防センターを自治体が設置・運営することで、平常時の予防分野などで看護師などを有効活用しつつ、非常時に柔軟に配置転換するなどの対策が考えられる。

地域医療連携については、地域間だけでの連携支援だけでなく、地域を超えた連携支援や、経営母体を超えた支援が可能になるような仕組みを構築する必要がある。都道府県は平時から医療機関をとりまく関係者と地域で話し合う機会を設け関係構築に努めるべきである。

感染爆発時の入院患者の受け入れ調整については、都道府県が中心となって行うべきである。国は、退院基準を周知徹底し、転院して継続した療養が必要とされる患者の効率的な転院調整が行われるようにすべきである。

4. 財政支援等について

新型コロナウイルス感染症患者対応による診療制限や患者自身の外出自粛により、入院診療収入・外来診療収入ともに大きく減少し、医療機関は経営面での大きな打撃を受けた。

感染症については、大規模な流行が起きたら即出動できるような体制づくりとそのための財源確保が必要になる。感染症対策も一種の「災害」と考えられるため、災害復旧の公共事業などのように、予備費や国債を増発し補正予算で対応するなど診療報酬とは別枠で予算確保する体制を法的に整備しておくことが必要である。

例えば、新型コロナウイルス感染症対応医療機関への補償については、空床確保に対して行う補助だけではなく、前年度利益補償制度など本当に困っている医療機関を支援する不公平感のない仕組みを検討すべきである。

診療報酬については、多くの医療機関で新型コロナウイルス感染症患者の受入れの有無にかかわらず厳しい経営状況にあることから、医療機関の経営悪化へ歯止めをかけるよう、診療報酬のあり方も含め引き続き戦略的かつ継続的に対処することも必要である。

5. 医療機関における業務継続計画（BCP）策定の必要性

大規模医療機関の多くでは災害発生に備えて、BCPが策定されているが、その多くは地震や風水害といった自然災害が対象で、今回の様な新型の感染症においては十分な活用が出来ていない。

保健所も含めた医療機関の役割分担と患者の移動が必要になるので、未発生期、海外発生期、国内発生早期、国内感染期、小康期など各段階において必要に応じたパターンを予め決めて策定することが有効かつ必要である。

近年の大規模災害や、今般の新型コロナウイルス感染症のクラスター発生により、病院機能の低下がみられることから、医療機関におけるBCPの重要性はさらに増している。厚生労働省の調査では、全医療機関のBCP策定率は、25.0%であった。今後、災害拠点病院以外の医療機関についても策定することが必要である。

6. DMAT 等医療者の院外派遣について

新型コロナウイルス感染症では感染力を増した変異ウイルスの影響もあって多くの地域で入院調整が困難となり、クラスターが発生した高齢・障がい者福祉施設等においても患者管理が不可避となっている。このような状況においては保健所が主導している当該施設支援を医療アクセスを含めて拡充する必要があるが、医療のひっ迫があるなか医療支援者の確保が困難となっており、特定の医療機関に支援に係る負担が集中する事例も見受けられている。

このような状況において、DMAT 等の災害医療関係者が自然災害対応を通じて蓄積してきた健康危機管理のノウハウを活かしつつ、医療支援者の派遣調整にあたる本部運営や現場対応で活躍している事例が全国的に認められている。一方、DMAT は本来、感染症危機は活動対象として想定されておらず、人材と制度に乖離が認められる。

今後は、感染症専門医等（感染防止制御チーム、とりわけ感染管理看護師等として院内活動中の専門職）と災害医療専門人材（DMAT ロジスティックチーム等）を融合して派遣する体制が、保険や費用負担、教育研修等、平時からの連携体制を含めて構築されるべきである。当該体制の構築にあたっては、より多くの病院が地域全体で派遣体制への参加しやすい環境を地域毎に構築していくことが必要であり、また、当該体制は、感染症のみならず多様な健康危機管理に幅広く対応可能な体制としておくことも重要である。

以上