

●研究会報告

<第16回地域経済の将来を考える研究会報告>2020/11/21

コロナ危機下の医療・社会保障サービス供給体制を問う

報告者：長尾実

（「424愛知共同行動」実行委員会事務局長、全医労愛知地区協議会書記長）

*11月末日現在の実態を踏まえた報告

はじめに

「地域医療」をめぐる状況については、当所報NO.402号「愛知県における地域医療と「地域医療構想」の問題」（2020年6月10日）として概要をレポートしていますので、参照してください。

1) コロナ危機—愛知の状況（現感染者数の推移から）

新型コロナウイルス感染の状況は、国民の大きな関心事であり、TVのニュース・ワイドショーや、新聞報道においても連日、最重要情報として報道されています。しかし、多くの場合、「新規感染者数」「累計感染者数」「死亡者数」が都道府県単位情報として公表されるのみで、「現感染者数」とその入院や療養場所については追及されていません。感

染者が退院・療養解除となる期間はそれぞれであり、医療のひっ迫度や感染者対策を行う上では、「現感染者数」と療養場所が問題となります。

愛知県における日々の「現感染者数」（累計感染者+新規感染者—退院・療養解除者数—死亡者数）を試算すると、（表-1）となります。4月第1波では、最高250人（4月23日）、第2波時—最高1,956人（8月10日）、そして第3波、現時点の最高は1,983人（11月28日）という状況となっています。

2) 感染者の療養状況

愛知県は新型コロナウイルス受入れ医療体制は、70病院860床を確保していると公表しています。新型コロナウイルス感染症では、感染者全てを入院受入れする必要はない症状の方もあるということで、無症状者等は「宿

（表-1）愛知県の「現感染者数」（現感染者数-PCR陽性者の推計-累積感染者数-死亡者数-退院感染者数）

	1日	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31日
3月	28	28	37	45	53	58	57	67	73	84	87	91	92	98	97	96	98	102	106	110	112	114	115	118	105	100	97	92	95	86	89
4月	91	94	103	122	128	137	150	167	183	192	201	202	206	213	213	222	219	233	242	235	240	246	250	250	245	237	220	200	195	190	-
5月	172	161	160	152	149	140	129	118	110	108	92	85	75	76	75	67	63	54	44	39	36	30	26	26	26	18	18	15	15	14	13
6月	13	13	12	10	9	9	9	9	7	9	9	10	10	10	10	10	11	11	11	13	13	13	12	9	9	8	7	7	7	7	-
7月	7	7	7	7	7	7	7	9	8	8	9	8	10	15	31	50	68	93	111	132	183	244	338	399	470	549	620	718	879	1017	1208
8月	1364	1499	1560	1680	1709	1715	1750	1814	1911	1956	1919	1831	1762	1741	1700	1570	1489	1379	1291	1268	1279	1229	1164	1152	1065	936	870	838	820	784	764
9月	744	708	667	637	621	591	557	500	465	457	480	423	419	421	412	393	397	407	407	424	429	417	404	414	407	377	392	376	376	374	-
10月	374	365	349	327	329	314	304	292	279	280	269	273	262	247	237	240	257	253	248	246	264	270	289	308	278	290	311	343	405	435	518
11月	542	563	606	632	690	715	762	791	822	939	936	985	1116	1172	1158	1174	1246	1328	1425	1519	1623	1648	1671	1697	1756	1806	1893	1983	1905	1869	-

泊療養」という対応で医療への負担増を軽減する対応が取られています。仮に感染者全ての入院対応が必要な感染症であったなら、第2波、第3波では入院受入れ可能病床を大幅に超過したという状況が現実には起きているという実態です。

愛知県が計画している医療提供体制が、本当に必要数を充足している計画であるのか？

慎重に総括することが必要です。感染者の治療・療養場所は、当初は「入院」病床で計画されていましたが、第1波時に日々増加する感染者対応のためには、「無症状者」等は入院受け入れではなく、ホテルなどで「宿泊療養」を確保して医療崩壊を回避する対応となりました。

愛知県では、新型コロナウイルス感染症患者の「無症状者」は原則「宿泊療養」と対応していますが、個別の事情により「自宅療養」のケースも対応しています。つまり、「入院」「宿泊療養」「自宅療養」の3パターンで計画されており、愛知県における感染療養者の療養先は、全国平均や感染者が多い北海道・東京・大阪などと比べても特異な特徴を持った実態となっています。それは、感染療養者の中で、「自宅療養者」が異常に多いということです。厚生労働省が公表している「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床数等に関する調査結果（11月25日時点）」（表-2）では、全国の現感染者数に占める

「自宅療養者」は約27%で、感染者数が多い北海道—28%、東京—22%、神奈川—36%、大阪—39%に比して愛知—56%と突出して多くなっています。ちなみに隣接する岐阜、三重、静岡の感染者対応は「原則入院」とし、無症状者であっても、「宿泊療養」を基本として「自宅療養者」は殆どいません。愛知県のこの異常に多く、高い割合について、愛知県社会保障推進協議会の県交渉（11月25日）で、県は「国の通知基準に基づいて医師の判断により入院の必要が無い方は、原則宿泊療養としているが、家庭の事情・個人の事情等により自宅療養を選択している方が多い」と説明しています。原則「宿泊療養」と言いながら、これ程自宅療養者の割合が高いと言うことは、何らかの「自宅療養」に仕向ける運用基準が作用していると考えられます。

そして、さらに問題は、感染者数の増大とそれに伴う医療のひっ迫、医療崩壊への危機を知事挙げて訴えているものの、自宅療養者の問題には何も言及されていません。この実態を改善しようとの県の施策拡充策は何ら示されていません。

3) 「宿泊療養」の問題

「自宅療養者」が多いことの反面、「宿泊療養者」は、室数が一定数確保され数値的には相当数の余裕がありながら、療養者数は全国平均を下回っている実態があります。（表-2）によれば、「宿泊療養者」は全国平均

（表-2） 11月25日0時時点におけるコロナ感染者の療養状況比較

	PCR検査 陽性者数	入院者数		宿泊療養者数		自宅療養者数		調整中
		人数	割合	人数	割合	人数	割合	
全国	18,404	7,826	42.5%	4,278	23.2%	4,990	27.1%	1,273
北海道	2,359	854	36.2%	854	36.2%	658	27.9%	0
東京	3,754	1,611	42.9%	895	23.8%	841	22.4%	407
神奈川	1,207	434	36.0%	338	28.0%	435	36.0%	0
大阪	3,229	767	23.8%	702	21.7%	1,249	38.7%	511
愛知	1,589	372	23.4%	208	13.1%	892	56.1%	110
岐阜	144	134	93.1%	10	6.9%	0	0.0%	0
三重	135	128	94.8%	5	3.7%	2	1.5%	0
静岡	413	160	38.7%	81	19.6%	0	0.0%	172

*厚生労働省「新型コロナウイルス感染症患者の療養状況、病床等に関する調査結果」（2020/11/25日0時時点）より

—23%、北海道—36%、東京—24%、神奈川—28%、大阪—22%に対し、愛知—13%と全国平均を大きく下回っています。また、確保されている居室数に対する使用率では、北海道—53%、東京—47%、神奈川—39%、大阪—46%に対し、愛知—16%という実態で、異常に高い「自宅療養者」割合—56%から見ると、なぜ愛知県は、「宿泊療養施設」を使わないのか?という疑念が嵩じます。つまり、愛知県では宿泊療養の確保居室数は1,300室とされていますが、11/25時点(宿泊療養者—208人)では数値的には、宿泊療養居室数は相当数の余裕がありながら、実際に使用できる宿泊居室数は相当数少ないために、意図的に自宅療養措置となっていた感染者が一定人数いるのではないかと疑念が払しょくされません。原則は「宿泊療養」であるならば、なぜ、感染者の過半数を超えて自宅療養措置となっているのか?愛知県の特異な運用と言わざるを得ません。

4) 医療提供体制の確保

愛知県は、6月に国の基準に基づいて、「患者推計」と「病床確保計画」を策定しています。それによると、「推計最大新規感染者数」/1日=136人は、すでに何日もオーバーし、これまでの最大は227人(11月20日)と、推計は破綻しています。また、「推計最大療養者数(患者総数=入院又は宿泊療養を行う者の総数)」=1,778人についても、11月29日20時時点で入院+宿泊療養では620人ですが、自宅療養も含めた

「現感染者総数」では、1,905人となり推計値をオーバーしています。最大療養者数が1,778人を超えた「現感染者数」は第2波—8月8~12日、第3波—11月26~30日)と、こちらの推計もすでに破綻して

います。うがった見方をすれば、常に現感染者の過半数前後に達している「自宅療養者」がいるために、それを除いた入院+宿泊療養者の「療養者数」は推計している「最大療養者1,778人を超えてはいない。と言えなくはありません。

愛知県は、「推計最大新規感染者数」(1日当たり)136人と、「推計最大療養者数(患者総数—入院又は宿泊療養を行う者の総数)」1,778人(1日当たり)を推計し、それに基づく感染の状況に対応したフェーズ・レベルに対応した医療提供体制の確保整備計画(入院病床+宿泊療養居室数)を策定しました。その主な内容は、

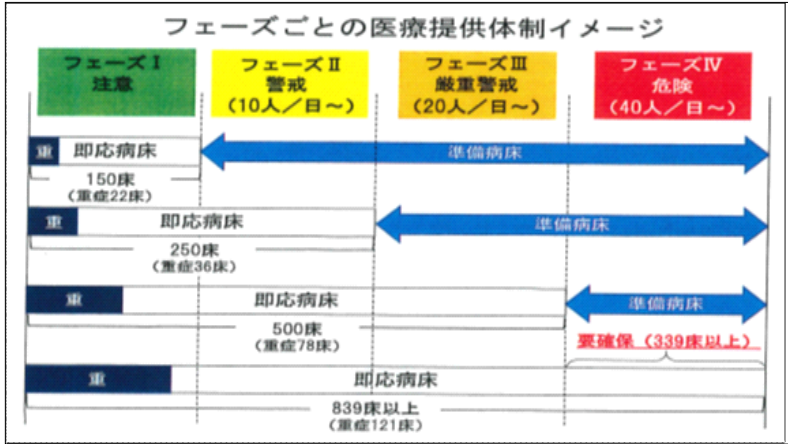
- ①患者受入れ病院70病院860床(うち、「重症者用70床」)、
- ②岡崎市内「県立愛知病院(コロナ専門病院)」を10月に開設。(100床)、
- ③「重点医療機関」は30病院574床、
- ④「疑い患者受入れ—協力医療機関」は33病院190床、
- ⑤「宿泊療養施設」を1,300室確保し、当面、2施設868室を稼働させる。

(「愛知健康の森健康科学総合センター」に63室、「東横INN名古屋名駅南」805室)県の計画では、「フェーズ4」段階における入院病床は「839床」、宿泊療養居室は「1,3001室」を計画しています。しかし、県はこの指定確保病床については医療機関名一病床数ともに公表していません。もともと整備されている「指定感染症病床」と、県が整備し

令和2年6月19日付け厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部事務連絡「今後を見据えた新型コロナウイルス感染症の医療提供体制整備について」に基づき、愛知県の患者推計、病床確保計画等を策定した。

【表1 患者推計で用いたモデル等】

推計モデル ※(A)「生産年齢人口群中心モデル」又は(B)「高齢者群中心モデル」	社会への協力要請前の実効再生産数 ※ 1.7又は 2.0	社会への協力要請のタイミング ※ 基準日(人口10万人当たりの週平均新規感染者数(報告数)が2.5人となった日)から1日~7日後	推計最大新規感染者数	推計最大療養者数(患者総数) ※ 入院又は宿泊療養を行う者の総数
(A)「生産年齢人口群中心モデル」	1.7	1	136	1,778



【表2 病床確保計画】

計画作成時点(7月10日)	フェーズ移行のタイミング	即応病床(計画)数	うち重症患者用の即応病床(計画)数
フェーズ1の即応病床(計画)数	—	150 (46)	22 (7)
フェーズ2の即応病床(計画)数	適当たり新規感染者数10人/日	250 (86)	36 (12)
フェーズ3の即応病床(計画)数	適当たり新規感染者数20人/日	500 (177)	78 (26)
フェーズ4の即応病床(計画)数	適当たり新規感染者数40人/日以上	839 (839)	121 (121)

※ () は、推計による入院患者数

【表3 宿泊療養施設の確保計画】

計画作成時点(7月10日)	フェーズ移行のタイミング	居室数
フェーズ1の宿泊療養施設居室(計画)数	—	63 (64)
フェーズ2の宿泊療養施設居室(計画)数	適当たり新規感染者数10人/日	206 (116)
フェーズ3の宿泊療養施設居室(計画)数	適当たり新規感染者数20人/日	1,011 (231)
フェーズ4の宿泊療養施設居室(計画)数	適当たり新規感染者数40人/日以上	1,300 (839)

※ () は、推計による入所患者数

行政として県民を信頼していないということでもあり、「よろしむべし、知らしむべからず」という行政運営のスタンスであると言えます。

公表されているコロナ受入れ病院・病床は、国の確保病床の整理では「いずれかのフェーズにおいて、空床にしておく、あるいはすぐさまその病床で療養している患者を転床させる等により、新型コロナウイルス感染症患者の発生・受入れ要請があれば、即時患者受入れを行うことについて医療機関と調整している病床」とされており、愛知県は70病院860床が確保病床となっています。とりわけ重点医療機関として30病院574床を確保しており、10月から県の「愛知県立愛知コロナ専門病院」を開設し、医療提供体制を強化

した岡崎市の「コロナ専門受入れ病院」のみを公表しているにすぎません。自治体別もしくは「二次医療圏」別の指定病床数すら明らかにしていません。この問題も交渉の中で県は「病床確保に当たっては公表を前提としていない。病院と職員に対する風評被害等为避免、全県でオール愛知という枠組みで万全の態勢で受入れ対応していくために公表していない」と説明しています。しかし、第3波の中で感染者、入院者数が急増する中で、医療のひっ迫が連日のように指摘され、どれ程のひっ迫度であるかを図り示す尺度が明らかにされず、説得力の乏しい状況は否めません。他県ではコロナ受入れ病院・病床数を公表（例えば、石川県は受入れ病院名・病床数、神奈川県は「二次医療圏」単位の受入れ病床数などを公表している）している県もあります。全ての情報を明らかにする必要はないかと考えますが、愛知県の非公開の姿勢は、結局のところ、

している。と説明しているのですが、11月18日中日新聞では「(愛知病院は)当初44床稼働で、最大100床の稼働を予定。しかし、現在の医師・看護師の確保できたマンパワーでは25床で手一杯。」との記事が掲載されました。重点医療機関30病院574床に愛知病院の100床が含まれていることは確実であり、つまり、マンパワーが揃っていないので確保病床の25%しか稼働できないというのです。確保病床はフェーズ・レベルによって、増減はあるものの、基本的には「即応体制が整っている」はずの病床であるはずですが、しかし、実際には愛知病院と同様の実態が県内の他の病院でも起きているのでは?と危惧されるところです。

5) 実際のコロナ受入れ病床の勤務実態

「コロナ感染患者」受入れ病床の確保パターンは、

- ・「一般病棟」の中の特定病室(個室等)をコロナ患者専用として活用する場合。
- ・病棟全てを「コロナ患者専用」として転用する場合。
- ・休棟中の病棟や使われていない病室を「コロナ患者専用」として活用する場合。
- ・病院全てを「コロナ患者専用」病院としていく場合。が想定できます。

「コロナ患者専用」病床を確保することは重要ですが、主に上記4パターンによる病床確保が考えられる中、現場の実態ではその為の新たなマンパワー確保(増員)は困難であり、各職種・職場から人材を送り出し、「コロナ患者専用」病床に勤務するスタッフを確保せざるを得ません。

国立A病院で「コロナ患者専用」病床を「休棟」中の病棟で4床確保した事例では、各病棟から選抜された7名を専任配置として1人夜勤2交替で運用を始めました。

しかし、元々、各病棟の配置人員、とりわけ夜勤可能者はギリギリの人員体制の中、各病棟から「コロナ患者専用」病床への専任を1~2名送り出す中、さらに夜勤へのしわ寄せが増えるために、それを回避しようと、一般病棟の3つの病棟の夜勤体制・勤務体制を削減・変更せざるを得ないという苦肉の策による「コロナ患者専用」病床の運用となりました。

具体的には、「コロナ患者専用」病棟(4床稼働)に7名の専任を配置するために、B病棟は、準夜(16:15~1:00)4人を3人へ削減。C病棟は50床の運用を30床まで減らし、準夜3人を2人へ削減。D病棟は、準夜3を2人へ削減し、代わりに遅出勤務—12:30~21:15の1人を新たに作りました。また、深夜(0:30~9:15)を2人から3人に増やしましたが、その内、夜勤者1人は、「コロナ患者専用」病床に勤務する1人夜勤2交替者が深夜帯に90分の休憩(仮眠)を取得する時間帯に、「コロナ患者専用」病棟のナースステーションへ出向き、ナースコール対応に当たるといいます。そして、「コロナ患者」

からのコールで、病室に出向き看護対応を行う必要がある時は、休憩中の「コロナ患者病床」専任の夜勤者の休憩を中断させ、対応にあたらせるということです。また、「コロナ患者専用」病床は、軽症者4床の受け入れということで、日勤は2人+遅出1人(10:30~19:15)、そして夜勤帯は1人夜勤の2交替という勤務体制です。看護スタッフに余裕人員がない中、1人夜勤体制でも4床の軽症者だから仕方ないということです。

こうした急ごしらえの「コロナ患者専用」病床の確保における人員体制の問題は、今、全国の病院で様々なケースとして起きているものと推察されます。そして、多くの場合、コロナ患者受入れ専門病棟・病室に勤務したとしても、特別な手当加算等は国の補助金としては何も制度化されていません。公務員の場合は、「コロナ手当」(仮称)が制度化されている自治体もありますが、一般病床で勤務する場合とは違った感染リスクに対する評価(手当等の補助)が無いことも、コロナ受入れ病床の人員体制確保の問題となっています。

6) 医療供給体制をめぐる問題は、この他にも様々な課題が問題となっていますが、とりわけ「PCR検査」の問題が重要です。県は様々な努力の結果、11月末には、1日最大4,439件(県衛生研究所480+保健所設置市568+民間検査機関1,211+医療機関880(35医療機関)+PCR検査センター(2大学へ業務委託)1,300)となると発表しています。

しかし、県の公表によれば、11月24日までのPCR検査総数は、13万4,507件で、11月の24日までの1日当たり検査件数は1,176件にとどまっています。つまり、現行の「PCR検査」対応では、1日の最大能力の4分の1程度しか発揮されていないこととなります。十分に検査余力は残っているため、日々の感染の脅威の中で働いている医療・介護労働者の定期的なPCR検査を行うなどの抜本的対策強化を講じる時です。その能力が整備されているのですから。全国では、沖縄県が介護・

医療施設職員への定期的なPCR検査を行うための補正予算を組みました。東京千代田区は、介護施設職員対象のPCR検査を8月から実施するなど全国の自治体で拡大しています。愛知県内でも、残念ながら少なからず病院や介護施設内において、職員も絡んだクラスターが発生しています。今こそ、感染蔓延と感染爆発を回避するためにも医療・介護労働者への「社会的検査」を大県愛知が実施し、国の制度化に向けて動き出す必要があります。

7) 今や、入院患者の急増、とりわけ重症患者の増加により医療崩壊、医療のひっ迫が取りざたされ、その中で看護師不足の問題により、コロナ受入れ病床が稼働できないという問題がクローズアップされています。さらには、コロナ禍の影響により、一般医療の受診抑制効果による大幅な患者減少が続き、その結果、大半の医療機関が収入減による経営危機を招いていることが明らかにされています。医療・介護は社会を支えるインフラであり、公的・私的に関わらず存在自体が住民のいのちと健康を支えています。にもかかわらず、運営の基本は診療報酬・介護報酬という実際に行われるサービスによる収入によってのみ成り立つ仕組みとなっています。消防や警察、電力事業などは利用が減ったからと言ってサービスの提供を中止したり、事業を撤退することにはなりません。医療・介護の存在自体が脅かされる事態となっているにもかかわらず、それを維持するための最低限の補助すら制度化されないのでしょうか。医療や介護職場で働く労働者を「エッセンシャルワーカー」と持ち上げ特別視（感謝の対象として）するだけでは、もはや成り立たない厳しい状況となっているのです。医療・介護労働者に対する「社会的PCR検査」の定期的実施も、いのちの危険にさらされながら働くコロナ受入れに対応している職員への「特別手当」の支給も、コロナ禍の影響による収入減に対する補填問題も、すべて国は何らの対策を講じていません。